

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação de Portalegre

**O IDOSO COM ALZHEIMER: IMPACTOS NO TRABALHO QUOTIDIANO
PERCECIONADOS PELOS CUIDADORES DE UM LAR**

Dissertação

Curso de Segundo Ciclo de Estudos em (Curso Mestrado em Gerontologia)

Nome da aluna: Maria Ivone Gião Alves

Orientadora: Prof^ª Doutora Helena Arco

Portalegre

Ano: 2014/2015

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
ÍNDICE DE QUADROS.....	7
AGRADECIMENTOS.....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1. DEMÊNCIA DE ALZHEIMER	15
1.1. O QUE É UMA DEMÊNCIA.....	15
1.2. DOENÇA DE ALZHEIMER	15
1.2.1. Evolução e os estádios	17
1.2.2. O que acontece no cérebro.....	18
1.2.3. Sinais de alerta da doença de Alzheimer	18
1.2.4. Precauções a tomar com os doentes de Alzheimer	20
1.2.5. Qual o género mais atingido	21
2. O DOENTE DE ALZHEIMER INSTITUCIONALIZADO	22
2.1. O TRABALHO QUOTIDIANO COM DOENTES DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER	23
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA.....	31
1. METODOLOGIA	32
1.1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	32
1.1.1. Questão de investigação.....	33
1.1.2. Objetivos do estudo.....	33
2. DELINEAMENTO DO ESTUDO	34
2.1. MÉTODO DO ESTUDO	34
2.2. TIPO DE ESTUDO.....	34
2.3. POPULAÇÃO.....	35
2.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	35
2.4.1. Critérios de exclusão.....	35
2.4.2. Critérios de inclusão	35
2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS.....	36
2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36

3.	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	38
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		41
1.	O IMPACTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM A DEMÊNCIA DE ALZHEIMER NA VIDA QUOTIDIANA DE UM LAR DE IDOSOS: CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ENVOLVENTE E PARTICIPANTES.....	42
1.1.	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO FÍSICO	43
1.2.	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	44
1.3.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	44
2.	CARACTERIZAÇÃO DAS DIMENSÕES E CATEGORIAS	49
2.1.	PERCEÇÃO ACERCA DA DOENÇA E CUIDADOS AO CLIENTE DE ALZHEIMER	49
2.1.1.	Conhecimento da doença de Alzheimer	50
2.1.2.	Capacitação para os cuidados	52
2.1.3.	Tarefas do cotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar	54
2.1.4.	Necessidades e dificuldades sentidas.....	56
2.1.5.	Perceção acerca das necessidades do cliente	58
2.1.6.	Influência no comportamento dos profissionais	61
2.1.7.	Cuidados diferenciados.....	66
2.1.8.	Articulação entre a equipa multidisciplinar	67
2.2.	IMPACTO PROVOCADO PELOS CLIENTES DE ALZHEIMER	70
2.2.1.	Perceção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes.....	70
2.2.2.	Vantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência...73	
2.2.3.	Desvantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência	75
2.3.	INFLUÊNCIA NAS DINÂMICAS QUOTIDIANAS DO LAR.....	76
2.4.	SUGESTÕES	80
SÍNTESE FINAL		88
CONCLUSÃO.....		95
BIBLIOGRAFIA.....		98
WEBGRAFIA.....		102
ANEXOS		104

INDICE DE ANEXOS

Anexo I - Entrevista semi-estruturada	105
Anexo II - Pedido de autorização aos órgãos sociais da instituição	107
Anexo III - Termo de consentimento informado	108
Anexo IV - Programa <i>QSR NVIVO8</i> análise de conteúdos de entrevistas	109
Coding Summary report	110
Source Summary report	158
Tree Nodes	163
Anexo V- Dimensões, categorias e sub-categorias	165
Anexo VI - Matrizes de codificação global de entrevistas – Nvivo versão 8	166
Anexo VII - Diário da República, 1.ª série - N.º 44 - 4 de março de 2014	168
Anexo VIII - Diário da República, 1.ª série - N.º 58 - 21 de março de 2012	182
Anexo IX - Modelo de Análise de Conteúdo.....	188

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Idade.....	45
Gráfico nº 2 – Género.....	45
Gráfico nº 3 – Habilitações Académicas.....	46
Gráfico nº 4 – Tempo de Serviço.....	47
Gráfico nº 5 – Função na instituição.....	47
Gráfico nº 6 – Estado Civil.....	48

INDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Modelo de análise de conteúdo..... 49

INDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – CAT1.....	88
Quadro nº 2 – CAT2.....	88
Quadro nº 3 – CAT3.....	89
Quadro nº 4 – CAT4.....	89
Quadro nº 5 – CAT5.....	90
Quadro nº 6 – CAT6+14.....	90
Quadro nº 7 – CAT7.....	91
Quadro nº 8 – CAT9.....	91
Quadro nº 9 – CAT8+10.....	92
Quadro nº 10 – CAT1.....	92
Quadro nº 11 – CAT2.....	93
Quadro nº 12 – D3.....	94

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, Dissertação é a continuação do percurso académico, pessoal, que me propus alcançar. No entanto na vida, se caminhamos sozinhos não somos nada, e não chegamos a lado nenhum.

Assim,

Agradeço em primeiro lugar à minha Orientadora: Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, pelas palavras, encorajamento, incentivo, persistência, cumplicidade, confiança, disponibilidade, sabedoria e por acreditar em mim.

Aos meus pais que ao longo da vida sempre me transmitiram valores baseados na sinceridade, honestidade, humanismo, lealdade, entre outros, que têm sido pilares ao longo da vida, permitindo-me chegar até aqui.

À minha irmã que nos momentos mais difíceis sempre me deu força para seguir em frente, ajudando-me a ultrapassar os obstáculos com que me foi deparando nesta viagem.

Aos meus avós que sempre me deram o seu apoio a todos os níveis.

Aos colaboradores participantes nesta investigação, pela disponibilidade e depoimentos indispensáveis que possibilitaram a realização deste estudo.

À Direção da Instituição selecionada, pela autorização consentida ao pedido de colaboração no estudo.

A todos os meus colegas pelo companheirismo, em forma de um verdadeiro agradecimento.

RESUMO

Nos últimos anos tem-se verificado o aumento da longevidade que conduz muitas vezes a situações de dependência a diversos níveis. Estas situações são, maioritariamente, causadas por demências, que limitam o individuo no desempenho de algumas, se não todas as atividades de vida diárias.

A demência de Alzheimer é responsável por mais de metade de todos os casos de demências. Está associada ao envelhecimento, conduzindo à morte dos neurónios, provocando perda das capacidades mentais e capacidades físicas, dependendo de caso para caso e dos estádios de desenvolvimento (Leitão,2006).

Devido à perda progressiva de autonomia, os portadores da demência de Alzheimer, carecem de assistência de terceiros no dia-a-dia para realizarem as atividades de vida.

O convívio com portadores de demência de Alzheimer, muitas vezes não é pacífico, devido à irritabilidade, agitação, e tendência para a insolência, o que requer diversos comportamentos.

Pretende-se conhecer os impactos no desenvolvimento do trabalho quotidiano percebidos pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos, permitindo, fomentar ações e direccionar estratégias que levem à prevenção e à melhoria da qualidade de vida para todos, mediante a realização de um estudo, este de cariz qualitativo, elegendo-se a entrevista semi estruturada.

Palavras-chave:

idoso; cuidadores; doença de Alzheimer.

ABSTRACT

In recent years there has been increased longevity which often leads to situations of dependency at different levels. These situations are mostly caused by dementia, which limit the individual in the performance of some, if not all activities of daily life.

The Alzheimer's disease is responsible for more than half of all cases of dementia, is associated with aging, leading to the death of brain cells, causing loss of mental capabilities and physical capabilities, depending on case to case and stages of development (Leitão, 2006).

Due to the progressive loss of autonomy, patients of Alzheimer's dementia, lack of third party assistance in day-to-day to carry out the activities of life.

The interaction with individuals with Alzheimer's disease often is not peaceful due to irritability, restlessness, and tendency to hubris, which requires different behaviors.

Aims to meet the developmental impacts on the daily work perceived by the professionals who care for and interact with clients suffering from Alzheimer's dementia from a nursing home, allowing, encouraging direct action and strategies that will lead to prevention and to improving the quality of life for all, by conducting a study, this qualitative nature, electing to semi-structured interview.

Keywords:

elderly; caregivers; Alzheimer's disease.

INTRODUÇÃO

Em outros tempos, a esperança média de vida era curta. A mortalidade infantil e as epidemias difundiam periodicamente a morte. Nessa altura poucas pessoas chegavam à velhice e a senilidade não apresentava qualquer preocupação. No entanto com melhores cuidados de saúde, a longevidade e a esperança média de vida aumentaram. É evidente que associado a todos estes progressos da sociedade, emergem problemas para os quais se vão obtendo algumas respostas, enquanto para outros elas escasseiam, como é o caso dos vários tipos de demências.

Para além das várias demências existentes, explana - se uma, demência de alzheimer que será alvo de reflexão.

A demência de Alzheimer, é por enquanto considerada uma doença irreversível, desenvolvendo-se ao longo de alguns anos no indivíduo. Este começa por ir perdendo algumas faculdades e à medida que o tempo vai passando vê-se desprovido de memórias, porque a parte nobre do ser humano (o cérebro) é abalroado.

Mediante isso, fica carente de cuidados, não consegue ser autossuficiente, sem a supervisão e cuidado de terceiros.

Cuidar de doentes com uma doença neuro degenerativa como a demência de Alzheimer, é um desafio, e uma tarefa pesada. Os profissionais que estão em contacto com estes doentes, devem atender a várias necessidades reclamadas pelos mesmos, sejam sociais, espirituais, psicológicas ou físicas.

Os cuidados a estes doentes, muitas vezes carentes de atenções quotidianas, trazem junto a preocupação sobre a melhor forma de lhes proporcionar condições dignas de vida.

Os portadores da demência de Alzheimer estão mais expostos a determinadas enfermidades, pois ficam mais frágeis, e têm menos defesas, o que contribui para o seu declínio, provocando a dependência, sendo sujeitos aos cuidados de terceiros que os auxiliam em tarefas nas quais estão condicionados para executar.

Esta demência tem diversos estádios ou fases de evolução e que diferem de caso para caso, devendo sempre considerar-se os sinais de alerta alusivos à mesma (Leitão,2006).

As incapacidades associadas causam uma grande perturbação nos idosos.

Os cuidadores que começam a apoiar os doentes portadores da demência de Alzheimer podem ser ou não da família ou do grupo de amigos.

Muitas vezes os doentes em referência acabam por sair do seu espaço físico e vão para um lar de idosos, pois os familiares são muitas vezes levados a isso.

Quando os portadores da demência ou doença de Alzheimer ficam institucionalizados num lar, resposta social disponível para prestar apoio aos indivíduos com vários problemas e demências, existe um tempo para a sua adaptação a uma nova realidade, com normas diferentes que passará a ser a sua nova residência.

Diariamente, observam-se determinados fatores, que fomentam a alteração de comportamento dos clientes portadores da demência de Alzheimer.

Mediante tudo o que foi até agora mencionado, entendeu-se ser pertinente o desenvolvimento deste trabalho de forma a compreender os impactos, no desenvolvimento do trabalho quotidiano percebidos pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos. Assim a atuação deste estudo, constitui um importante desafio, para perceber os impactos criados no dia-a-dia.

No quotidiano profissional, são por vezes notórias, algumas dificuldades em lidar com as alterações comportamentais destes clientes.

Neste sentido, pensar nestas alterações comportamentais, enquanto facilitadoras dos impactos sociais na vida do quotidiano da instituição ao nível dos colaboradores, conduz-nos a várias questões, quando se reflete sobre esta problemática.

Neste cenário, o objetivo a atingir ajuda a identificar os impactos no desenvolvimento do trabalho quotidiano percebidos pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos. Para além de identificar qual a perceção dos profissionais acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes, identifica também os impactos sentidos, experienciados no seu trabalho quotidiano.

Nesta perspetiva a seleção desta temática, deve-se ao facto de existirem poucos estudos sobre a mesma.

A opção pela metodologia de abordagem qualitativa surge, como consequência do problema, da questão inicial que foi formulada e dos objetivos que visam chegar à análise da questão.

Baseadas nos objetivos traçados estruturámos **Três Partes** distintas.

Na **Parte I**, procedemos no *Ponto um* ao enquadramento teórico que se subdivide em sub-pontos, onde se faz uma referência à demência de Alzheimer, o que é uma demência e a doença de Alzheimer com os seus estádios de evolução, o que se processa no cérebro, os sinais de alerta, as precauções a ter com os doentes de Alzheimer e qual o género mais atingido.

No *Ponto dois* desta Parte, abordou-se o doente de Alzheimer institucionalizado tendo como sub ponto o trabalho quotidiano com doentes de demência de Alzheimer.

A **Parte II**, comporta a investigação empírica que se apresenta no *Ponto um* que se divide em sub pontos. Entre estes, a problemática do estudo em que surgem as perguntas de investigação. Estas guiam o plano do estudo, conduzindo à procura de respostas. Segundo Fortim, “.... a questão de investigação revela-se como: uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”. (Fortin,1999:51).

No *Ponto dois*, aparece o delineamento do estudo referindo a metodologia de abordagem qualitativa, a escolha da população e a caracterização da amostra selecionada.

Para além do que se referiu já neste Ponto, considera-se também os instrumentos de recolha de dados, tendo a escolha recaído sobre a entrevista semiestruturada (Savoie-Zajc, 2003).

Ainda são mencionados dentro do mesmo Ponto as considerações éticas.

No *Ponto três* optou-se por apresentar a análise de dados.

O intento de uma investigação pressupõe uma resposta para a pergunta de partida, o investigador pesquisa, informações que o encaminhem para a resolução dessas questões, apoiando-se na análise, para poder decifrar essas informações e obter uma resposta final.

Na **Parte III**, reúnem-se a apresentação e a discussão dos resultados.

Por fim, emitimos as conclusões, fazendo a síntese dos aspetos mais significativos, reintegrando as hipóteses que estiveram na base deste trabalho e apontando algumas sugestões, que poderão vir a desenvolver-se futuramente.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

1.1. O QUE É UMA DEMÊNCIA

Segundo Leitão, o termo “... *demência, refere-se a uma série de sintomas ...observados em pessoas com doença cerebral resultante de dano ou perda de células cerebrais. A perda de células cerebrais é um processo natural, mas nas doenças que conduzem à demência isto acontece de uma forma muito mais rápida, e faz com que o cérebro da pessoa deixe de funcionar da maneira habitual*” (Leitão,2006:17). A demência é uma síndrome, que nem sempre tem o mesmo tipo de evolução. Nalguns casos a condição da pessoa pode melhorar, ou permanecer estável durante algum tempo.

Os doentes com demência para além das alterações da memória, manifestam também uma “*deterioração de múltiplas funções cognitivas – desorientação pessoal, espacial e temporal, afasia¹, apraxia², acalculia³, dificuldades de desenho, de planeamento, e execução de tarefas complexas*”. (Castro-Caldas,2005:62)

A demência/doença de Alzheimer é responsável por mais de metade de todos os casos de demências. Segundo, Gambert, quando se avalia a hipótese de diagnóstico de demência de Alzheimer, devem ter-se em atenção outras causas podendo usar-se a mnemónica dementia (Gambert:14).

1.2. DOENÇA DE ALZHEIMER

A síndrome demencial é o termo clínico de múltiplas patologias, onde se enquadra a doença de Alzheimer.

¹Alteração da capacidade de expressão e compreensão da linguagem falada e escrita, por lesão da zona cerebral que controla a linguagem

- Repetição de frases ou palavras ditas por outros ou pelo próprio.

- Incapacidade de identificar o significado das palavras

- Incapacidade de nomear objectos

- Incapacidade de ler e interpretar o que está escrito

Com o agravamento da doença, a pessoa deixa de conseguir comunicar através da linguagem.

²Dificuldade em realizar movimentos voluntários intencionais, apesar da força muscular, sensibilidade e coordenação estarem intactas (por exemplo: incapacidade para apertar botões, abrir uma torneira ou usar os talheres)

³ É uma perturbação da capacidade de cálculo, escrito ou mental, produzido por uma lesão cerebral

Segundo Leitão, “... a doença de Alzheimer é uma doença degenerativa, lenta e progressiva que destrói as células cerebrais. Não é infecciosa nem contagiosa. É considerada uma doença terminal que causa ...estrago na saúde. A causa mais comum de morte ... é a pneumonia, porque o sistema imunitário vai deteriorando-se o que causa infecções da garganta e dos pulmões.” (Leitão,2006:18).

O seu nome deve-se a Alois Alzheimer, um médico psiquiatra, e neuropatologista, alemão, que em 1962 descreveu pela primeira vez os sintomas e as características neuropatológicas da doença de Alzheimer, tais como”... *placas e tranças neurofibrilares no cérebro...*” (Leitão,2006:18).

Logo, “... a doença de Alzheimer é uma doença progressiva do cérebro, que conduz à morte dos neurónios. Isto provoca uma perda gradual das capacidades mentais e das capacidades práticas do dia-a-dia...” (Leitão,2006:26).

Os primeiros sinais da doença são os esquecimentos, que começam com pouca frequência e vão intensificando à medida que o tempo passa.

Os portadores da demência, começam por trocar o lugar a objetos, faltam a compromissos, deixam de conhecer os familiares ou outros, e muitas vezes não têm noção das palavras a soletrar.

De acordo com Leitão “... não se conhece a causa exata da doença em referência, embora se reconheçam alguns fatores de risco, não parece existir uma causa única que seja capaz de explicar completamente o problema...” (Leitão,2006:26).

Esta, não é consequência do envelhecimento, no entanto aumenta com a idade. “Calcula-se que o número de pacientes aumentará para cerca do dobro em cada 20 anos”. Alzheimer Portugal (Leitão,2006:26).

Todas as áreas da vida do dia-a-dia do individuo com esta doença são afetadas, assim como as competências da vida do quotidiano, causando a dependência de terceiros para as atividades de vida diárias. Estimando-se a sua esperança de vida entre os dois e os quinze anos.

Tal como explica a Alzheimer Portugal é “... possível dividir as competências da vida em quatro áreas distintas que são as competências quotidianas:

1. *Capacidade Cognitiva:*⁴ À medida que a doença vai avançando, é cada vez mais difícil estabelecer contato, não atribui significados a nada e gera mal-entendidos, levando à frustração do doente, (tornando-os agressivos) e do cuidador;

⁴ Comunicação: falar com os outros, compreender competências verbais e não-verbais – a comunicação significa partilha o que implica que esta não ocorre apenas, através de palavras mas por outros meios.

2. *Atividades quotidianas básicas:*⁵ Mesmo a deslocação à casa de banho poderá começar a sofrer alterações, perdendo a noção de onde é e o que é a sanita. O indivíduo acaba por ficar totalmente dependente de terceiros;
3. *Comportamento social:*⁶ Ao se perderem capacidades, existem também alterações no comportamento, levando à apatia, aos delírios e fantasia, e os cuidadores ao desgaste.

Pode assim dizer-se que os indivíduos com a demência de Alzheimer têm as competências em epígrafe alteradas, evoluindo de forma diferente de caso para caso e consoante o estágio de desenvolvimento da doença.

Segundo a equipa da Merz, “... *quanto mais cedo se iniciar o tratamento, durante mais tempo se consegue preservar as capacidades ainda presentes.*” (Merz,s/d:21)

A medicação existente pode retardar a evolução da doença, contudo, esta tende a progredir desfavoravelmente embora mais lentamente. (Merz, s/d:22)

E importante manter estes doentes ocupados, de forma a estimular as suas capacidades e competências.

1.2.1.Evolução e os estádios

Segundo Selmes, a Demência de Alzheimer (D.A.) passa por três estádios.

- *Estádio I – fase inicial*
- *Estádio II – fase evolutiva*
- *Estádio III- fase terminal*

O diagnóstico desta demência é um marco muito importante para os familiares, pois é acompanhado de diferentes sentimentos: “... *a esperança na cura; a eleição do cuidador; a questão financeira ao considerar o alto custo do tratamento medicamentoso; a busca por autoajuda.*” (Coelho,2004 in Paiva,6)

O cuidado aos portadores da demência de Alzheimer, associado a outros fatores demenciais, provoca determinadas reações, emoções e sentimentos: medo, angústia, cansaço, tristeza e choro. (Nascimento,2008)

⁵ *Ir às compras, higiene pessoal, vestir, atividades domésticas- estas vão tornando-se gradualmente impossíveis,*

⁶ *Linguagem corporal, atenção para com os outros, afeto, reação, interação – existem alterações de personalidade e do comportamento interpessoal*

Devido à progressiva perda de autonomia, os doentes de Alzheimer, vão tendo cada vez mais a necessidade de estarem constantemente acompanhados por pessoas que os ajudem a realizar as tarefas do quotidiano. (Cavaleiro,1999)

O doente muda de humor frequentemente e com reações intempestivas, violentas e agressivas, atirando objetos, batendo no cuidador, gritando ou insultando. (Karcaldas,2003)

O cuidador é um elemento de apoio para o impacto com a realidade da dependência imposta pela demência, sendo assim, o estímulo e o fortalecimento de relações entre cuidadores familiares e profissionais pode minimizar as dificuldades vivenciadas. (Paula, 2008)

È pertinente referir que a existência do cuidador é muito importante, uma vez que este, para além de ser o que melhor conhece o doente é o que o ajuda a relacionar-se com o mundo exterior. (Gambert,1998)

1.2.2.O que acontece no cérebro

O cérebro é um órgão muito complexo, os neurónios precisam de mensageiros, estes são como um circuito elétrico, se não têm carga num dos lados não funcionam, assim ao estarem ativos estão constantemente a transmitir e receber informações. Os mesmos “... *falam entre eles* [sobre o que] *acabou de acontecer e o que tem que ser feito.*” (Merz, s/d:18)

Quando existe a diminuição da capacidade de troca de sinais entre os neurónios, significa que existe uma produção excessiva de “... *uma pequena molécula proteica denominada beta-amiloide* [esta é uma espécie de lixo que é despejado nos neurónios, provocando] *perturbações nos neurotransmissores cerebrais...*”. (Merz, s/d:19) Os neurónios ficam infetados, causando uma falha na comunicação, surgindo o silêncio, pois não conseguem superar esta perturbação e acabam por morrer, sendo a transmissão de sinais inevitavelmente suspensa.

1.2.3.Sinais de alerta da doença de Alzheimer

Os médicos de saúde primária têm a responsabilidade na avaliação do grau de disfunção cognitiva. (Gambert,1998)

Estes podem recorrer à aplicação do Mini-Mental State Examination, que pode ajudar a determinar a progressão da doença.

Segundo a Alzheimer Portugal, existem 10 sinais de alerta da doença de Alzheimer:

1. *Perda de Memória* [esquecimento de datas importantes, repetir a mesma pergunta várias vezes. Por vezes é aconselhável identificar estes indivíduos com uma pulseira ou carteira onde constem os seus dados pessoais...];
2. *Dificuldade em planear ou resolver problemas* [gerir a sua conta, dificuldades de concentração, levar muito tempo a desempenhar tarefas que em outro momento desempenhava mais rapidamente];
3. *Dificuldade em executar tarefas familiares* [dificuldade em conduzir até um local conhecido, esquecimento de que já comeu, ou de que necessita de comer];
4. *Perda da noção de tempo e desorientação* [podem ter dificuldades em entender alguma coisa, e podem até esquecer-se de onde estão ou como chegaram até lá];
5. *Dificuldade em perceber imagens visuais e relações espaciais* [dificuldade de leitura, calcular distâncias, saber as cores, pode também ver a sua imagem refletida no espelho e começar a falar com o mesmo pensado tratar-se de outra pessoa, deve também distrair o mesmo até que a sua ansiedade diminua];
6. *Problemas de linguagem a falar ou escrever* [param a meio de conversas sem saber dar-lhe continuidade, empobrecimento do vocabulário, dificuldade em construir frases e uma disortografia];
7. *Trocar o lugar das coisas* [perder os óculos, brincos e não conseguem lembrar o local onde os deixaram, acusam os outros de furto dos seus objetos];
8. *Discernimento fraco ou diminuído* [não percebem quando os enganam, vestem roupa fora de estação, e do avesso];
9. *Afastamento do trabalho e da vida social* [esquecimentos de terminar determinada tarefa];
10. *Alterações de humor e personalidade* [confusão, desconfiança, depressão, ansiedade, medo, irritam-se com facilidade, choram sem existir uma causa aparente, insultos. Pequenas contrariedades podem ganhar uma dimensão excessiva, levando-o a episódios de fúria. Deve-se deixar o mesmo descarregar e depois acalmá-lo ou então mudar o tema da conversa].

Convém salientar que “... a única forma de diagnosticar a doença é através de um exame ao tecido cerebral, obtido por uma biopsia ou necrópsia. Existem também alguns marcadores identificados através do exame de sangue, podendo ... avaliar-se ..., através de ressonâncias entre outros exames...”. (Merz, s/d:20)

1.2.4.Precauções a tomar com os doentes de Alzheimer

Nestes doentes e devido à especificidade da sua doença, existem cuidados instrumentais e expressivos.

Nos **cuidados instrumentais** consideram-se os de **natureza física** (higiene: seja a higiene íntima, corporal ou a oral, ser sempre vigiadas. Na higiene oral deve examinar-se como se encontram os dentes e próteses dentárias, uma vez que estes doentes não se sabem exprimir quando algo os incomoda. É igualmente necessário observar se a dimensão da prótese ainda se adapta à boca do cliente, considerando que emagrecem com relativa facilidade. Quando a alimentação é deficiente pode levar ao aparecimento de vários outros problemas, entre eles o risco do agravamento do deficit cognitivo e a debilidade do seu sistema imunitário.

O emagrecimento nestes doentes é frequente, pois com o avançar da doença, começam a ter dificuldade de deglutição e negam a alimentação. Contudo outras vezes se têm muita comida ao seu alcance, vão comendo, pois, não têm a noção da quantidade que estão a ingerir e são mesmo capazes de saquear o que está à frente de outros indivíduos e ingerir. Quanto ao vestuário: este doente deve ser supervisionado para que no inverno não vista roupa de verão e vice-versa ou então que não saia para a rua nu. No que se refere à eliminação, deve ir à casa de banho com frequência, e se urinar durante a noite, dever-se-á optar pela utilização de uma fralda. Contudo, deverá tomar-se atenção a possíveis infeções urinárias. Mobilização: o doente de Alzheimer não deve permanecer inativo, deverá caminhar, embora com a supervisão de terceiros, uma vez que perdem força muscular, ocasionando quedas que podem ser fatais. Estas dão-se maioritariamente no momento em que se levanta, deita ou então numa ida até à casa de banho e dependendo do estágio da doença em que se encontra), **técnica** (terapêuticos, curativos, preventivos) e **outros mais práticos** (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, e medicação). Os **cuidados expressivos**, são sobretudo os **cuidados afetivos** (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades. Como necessidade alude-se o fator sono, visto que este é afetado. No entanto, para fazer face a esta perturbação, deve proporcionar-se um aumento de atividades durante o dia para que possa descansar melhor durante a noite) e **relacionais** (convívio e estimulação social: atitude a adotar, em prol do bem-estar do cliente, revelando-se uma boa prática a interação através do olhar. Olhar o doente nos olhos, falar com o mesmo suavemente, de forma clara e lenta, utilizando frases curtas, e se começar a ficar instável, um pequeno toque ou carinho pode ajudar também a que o mesmo se sinta mais protegido, distração, comunicação e individuação dos cuidados). Portanto, cuidar visa colmatar necessidades fisiológicas, psicológicas

e sociais da pessoa dependente, assumindo-se uma visão holística da mesma, como um ser biopsicossocial. (Imagário,2008)

Todas as precauções descritas contribuem para o seu bem estar, assim como o ambiente em que se encontram, devendo o mesmo ser tranquilo, arrumado, com poucos objetos decorativos, iluminado, sem tapetes ou caso existam deverão conter antiderrapantes.

1.2.5.Qual o género mais atingido

Segundo Selmes, *“Não há provas conclusivas que sugiram que haja um grupo em especial de pessoas com maior, ou menor aptidão a desenvolver a doença de Alzheimer. Alguns estudos sugerem que [há mais mulheres] do que homens a serem afetadas pela doença Isto pode porém não corresponder à realidade, uma vez que as mulheres como tal, vivem mais anos do que os homens”*. (Selmes,2000:19)

2. O DOENTE DE ALZHEIMER INSTITUCIONALIZADO

O envelhecimento da população é uma das maiores conquistas e também um dos maiores desafios, para o idoso e para a sociedade onde está inserido, fator determinante para a doença de Alzheimer, pois a mesma está associada ao envelhecimento.

A institucionalização da pessoa idosa em regime de internato é uma das respostas sociais disponíveis de apoio aos idosos, como já exposto, sendo necessária a existência de recursos humanos capacitados para apoiar os clientes nas várias faixas etárias e de todos os problemas que daí advêm.

Segundo Selmes, “... *ser cuidador implica uma grande carga física e psíquica. Pois o doente depende em tudo do cuidador consoante os seus estádios da doença em que o mesmo se encontra.*” (Selmes,2000:54). “*Surge a angústia no cuidador de não fazer as coisas bem...*” (Selmes,2000:54), devido à falta de conhecimento e informação sobre a doença em si.

O cuidador tem por vezes momentos de irritação, quando vê fracassada a sua intenção de estímulo diante do doente, tencionando que este faça uma determinada tarefa, ou tenha um determinado comportamento e ocorre constantemente o inverso. Porém, segundo Selmes (2000) se o cuidador contrariar continuamente o doente poderá desencadear uma reação agressiva.

O portador de demência de Alzheimer não deve ser proibido de participar em atividades de vida diárias, desde que não ponha em perigo a sua integridade física e humana. Pode por exemplo fazer a cama, mesmo que execute a tarefa de forma errada. O mesmo se pode atribuir ao doente que ainda come sozinho, há que estimulá-lo a continuar, pois perdida uma vez essa prática será difícil voltar a executar a mesma, sozinho.

Com a institucionalização, os clientes portadores de demência de Alzheimer, devem ter tempo para a adaptação a uma nova casa que passará a ser a sua residência. Esta fase é sempre problemática, pois estes têm tendência para reagir, negativamente ao novo espaço que nada lhe transmite, sendo um local estranho e com cuidadores desconhecidos para o mesmo.

Recomenda-se o uso de objetos de referência nos primeiros tempos, para que o mesmo recorde situações ou episódios que lhe foram roubados pelo universo do cérebro.

A institucionalização origina um impacto na vida dos indivíduos, pois, provoca alterações nas rotinas diárias, podendo comprometer alguns aspetos relevantes da vida.

Conhecer o impacto da institucionalização, permite delinear ações estratégicas que levam à prevenção e avanço na saúde, originando melhoria da qualidade de vida para todos.

Entre outros fatores, salienta-se que é imprescindível para este tipo de doentes continuar com as rotinas habituais, logo, não se devem fazer muitas alterações nos hábitos que o mesmo tem, pois poder-se-ão desencadear comportamentos agressivos, revelando-se estes como fonte de instabilidade e perturbação para quem o rodeia, quer para os cuidadores, quer para os restantes indivíduos que coabitam com o mesmo.

O cliente portador de demência de Alzheimer que deambula durante a noite, poderá estar com um déficit de atividade diária. Para atenuar esta situação dever-se-á encontrar formas de ocupação para que o mesmo descanse.

Visto que, com o passar do tempo a memória se vai esvaziando, deduz-se que não adquire novos comportamentos, logo, quando o mesmo se veste deve apresentar-se a roupa sempre da mesma maneira. Assim como, o banho deverá ser sempre à mesma hora, e a toalha deve estar sempre no mesmo local.

È muito importante a proteção do doente, devendo evitar-se que este faça escolhas como exemplo: que calças ou casaco vestir. (Selmes,2000)

O referido anteriormente também se aplica à alimentação, devendo confirmar-se sempre se o cliente com a demência descrita comeu, pois pode dizer que o efetuou e não ingeriu nada.

Existem técnicas para a organização do quarto de dormir, destes clientes ou seja: a cama deve ser arrumada “... de modo que o doente possa subir ou descer, sem problemas, por qualquer dos lados; retire, ou fixe tapetes; o candeeiro da mesa-de-cabeceira, deve ser fixado à parede; deverá existir um sistema fácil para acender o candeeiro de cabeceira; presença de luz noturna permanente para acalmar os seus medos se acordar; presença de tiras fotoluminescentes que indiquem o caminho para a casa de banho; retirar os espelhos, pois este pode assustar-se ao ver-se refletido e não se conhecer.” (Selmes,2000:77)

Cuidar de clientes portadores de demência de Alzheimer não é tarefa fácil, exige esforço, perseverança, capacidade, humanismo, vontade de aprender a fazer sempre mais e melhor de forma a lhes proporcionar a dignidade no tratamento através de um contacto personalizado.

As técnicas chave para lidar com o doente com demência de Alzheimer são o redireccionamento, a distração e a prevenção.

2.1. O TRABALHO QUOTIDIANO COM DOENTES DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Consoante o transcrito já anteriormente importa contudo entender o trabalho quotidiano mediante a presença de indivíduos doentes com a demência de Alzheimer.

Interessa referenciar a vida quotidiana ancorada na perspectiva de Goffman, que descreve as representações dos indivíduos no contexto social, observando como eles interagem entre si, quais as impressões que manifestam e como se compõem os papéis que os atores sociais desempenham numa determinada perspectiva, alegando que mediante distintas circunstâncias os sujeitos, têm um comportamento diferente segundo o público com o qual estão a interagir.

No espaço quotidiano, existem sempre muitos focos de transmissão de informação, em que o indivíduo pode desejar passar uma imagem diferente daquela de que realmente é, por forma a manter relações sociais equilibradas.

Segundo Goffman, “... *um individuo quando chega diante de outros suas ações influenciarão a definição de situação que vai apresentar. Às vezes agirá de maneira completamente calculada, expressando-se de determinada forma somente para dar aos outros o tipo de impressão que irá provavelmente levá-los a uma resposta específica que lhe interessa obter...*”. (Goffman,2002:15)

Quer assim dizer que o individuo poderá agir propositadamente e outras nem se apercebe da sua atitude, pois, pode ser influenciado pelo grupo social onde se encontra. No entanto a sua conduta pode ser meramente uma representação. Esta pode funcionar como estratégia e levar a que terceiros fiquem impressionados pelo esforço que o individuo aparenta estar a fazer, no caso para cuidar de clientes com a demência de Alzheimer.

Logo, Goffman diz que “... *o individuo facilmente manipulará quando quiser, constituída principalmente por suas afirmações verbais, e outra, em relação à qual parece ter pouco interesse ou domínio, oriundo principalmente das expressões que emite...*”. (Goffman, 2002:16)

O individuo pode ganhar muito em controlar o seu papel e a sua conduta, pois através desta conduta impede que revelações falsas passem para terceiros, que podem não entender qual é realmente o seu papel e o porque daquele comportamento.

Quando em contacto com terceiros na vida do quotidiano, o individuo tenta ter uma postura harmoniosa, podendo concordar ou não, com as atitudes e comportamentos dos demais com quem interage.

Muitas vezes o individuo não demonstra os seus verdadeiros sentimentos, mas na vida quotidiana, aludindo a Goffman, “... *os servidores de instituições de doentes mentais podem julgar que, se o novo paciente for rapidamente colocado em seu lugar no primeiro dia de reclusão e lhe dão a entender quem é que manda, muitas dificuldades futuras serão evitadas...*”. (Goffman,2002:20)

Quando em interação com terceiros e desempenhando funções com um grupo de doentes específico como é o caso de doentes com Alzheimer, os indivíduos podem sofrer influências uns dos outros em que “... a interação pode ser definida, em linhas gerais, como a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata. Uma interação pode ser definida como toda interação que ocorre em qualquer ocasião, quando, num conjunto de indivíduos, uns se encontram na presença imediata de outros.” (Goffman,2002:23)

O indivíduo pode não ter a certeza do que está a fazer, no entanto se representar bem o seu papel, o seu público acabará por acreditar no seu desempenho, e achará convictamente que ele sabe o que está a fazer. No entanto a sua sinceridade é fictícia, implicando a imprudência da sua representação. Porém existem públicos que não permitem a seriedade de ações.

Isto é, o profissional age através da representação, mas muitas vezes não representa o que está verdadeiramente a sentir. No entanto usa uma fachada, esta esconde muitas vezes o *modus operandi* do profissional, que diverge quando não está a ser observado, contemplando um esforço forçado que opera puramente como aparência.

O indivíduo pode manipular as suas expressões de modo a dissimular o que realmente está a sentir e os observadores utilizam estas expressões moldadas para validarem as informações transmitidas. Isso restabelece a simetria da comunicação e possibilita o jogo de informação e atuação.

Ou seja, na presença de terceiros, o indivíduo acentua os seus afazeres de forma a impressionar quem o está a observar, ou quem está a interagir com ele e que não faz parte do seu grupo social de trabalho, mas sim de familiares de clientes institucionalizados, aproveitando para expressar as suas pretensas qualidades na interação. Assim, o indivíduo influencia o modo como os outros o verão pelas suas ações.

A questão remete, portanto, a qual o “eu” que se quer que seja representado, e qual a impressão que o indivíduo espera passar para aqueles que irão contactar com o seu perfil e, possivelmente, interagir com ele.

O profissional no trabalho do quotidiano, pode desprezar as atividades que são inerentes à sua função, pois a mesma pode ser antagónica com a sua pessoa.

A impressão do seu desempenho rotineiro leva a uma natureza escondida em que este passa muitas vezes a representar o seu comportamento e não percebe que caiu na rotina, pois todos começam a perceber o seu tipo de ações.

Muitas vezes nem tudo o que parece é aquilo que se apresenta, pois o indivíduo na sua vida de trabalho quotidiano pode ter determinados “gestos, atitudes e expressões” perante o indivíduo de quem cuida, sendo muitas vezes incompatível com o que realmente se apresenta. O seu envolvimento no cuidar pode ser efetuado seriamente e com perfeição ou então não se interessar pela sua prática.

Segundo Goffman “... *a atividade orientada para tarefas de trabalho tende a converter-se em atividades orientadas para a comunicação.*” (Goffman,2002:65)

Tal quer dizer que quando existe interação entre os indivíduos que fazem parte de uma equipa de trabalho permite uma facilidade na comunicação possibilitando a expansão das tarefas eficazmente, e o atendimento aos clientes também ganha. Logo ao existir um vínculo entre colegas de trabalho, facilita a comunicação e faculta uma determinada coesão do grupo em que cada membro confia na conduta do outro. No jogo da interação, o indivíduo deverá expressar a si mesmo e impressionar os observadores.

Na interação, o grupo espera que o indivíduo ignore os seus sentimentos pessoais e que se expresse de forma aceitável para todos.

Contudo, podem surgir discórdias e conflitos que estimulam a incapacidade de ação e ofuscam a imagem e confiança. Porém se numa equipa de trabalho existir um dos membros que não conhece a forma de ação do grupo, leva ao descrédito do indivíduo face ao público com o qual está a intervir.

Segundo Goffman “... *uma equipa é equiparada a uma sociedade secreta, cujos membros sabem que constituem uma sociedade.*” (Goffman,2002:100)

Muitos indivíduos simulam comportamentos notando-se a artificialidade, como exemplo, quando surge alguém hierarquicamente superior, a maior parte apresenta comportamentos diferentes, demonstrando trabalho árduo. Porém quando o superior se ausenta, muda o ritmo, a postura, o comportamento, a precisão e o respeito.

Goffman diz que “... *quando os membros de uma equipa vão para os bastidores onde a plateia não pode vê-los nem ouvi-los, geralmente depreciam-na de uma forma incompatível com o tratamento que lhe é dispensado frente a frente.*”. (Goffman,2002:158)

Este, ainda afirma que a sociedade se organiza apoiando-se na ação do indivíduo que possui determinadas características sociais o qual deve ser moralmente valorizado, portanto o indivíduo que possua tais características deve ser de facto o que atesta. Este exerce uma exigência moral sobre os outros.

Posto isto, importa referir que os cuidadores podem ser os atores, que Goffman aborda, implicando por vezes representações inteligentes e muita habilidade, pois o processo de cuidar de um idoso com demência, segundo Sequeira (2007), concentra-se essencialmente nos cuidados que apontam para a supervisão e para as prevenções de segurança, arremetendo inclusive para medidas de contenção física. Tal implica um conhecimento profundo do doente que é alvo de uma demência, e que tem como consequência, a perda da capacidade de identificar e lidar com determinadas situações de perigo, constituindo um risco acrescido de acidentes.

Neste sentido, Santos (2003) diz que é necessário que o cuidador, tenha a perceção de que é preferível deixar o idoso fazer, e apostar no cuidar apenas na orientação ou substituir apenas o mesmo nas tarefas que o idoso não é de todo capaz de desempenhar, de modo a estimular as capacidades que ainda possui.

Sequeira, afirma que “... *o idoso com a síndrome demencial apresenta graves alterações de comunicação pelo que o cuidador necessita de reaprender a comunicar, devido às alterações de comunicação recetiva e expressiva*”. (Sequeira,2007:116)

O mesmo autor, diz ainda que a existência de vários cuidadores de forma simultânea ou alternada, pode dificultar mais a comunicação com o idoso. Visto que devido à especificidade da sua doença a sua confusão mental acentua-se.

As consequências para o cuidador que interage com estes indivíduos, podem ser várias e incide ao “... *nível da saúde física, que pode ser afetada pelo esforço físico associado ao cuidar, pela agressividade do doente e pela frequência dos sintomas psicossomáticos*...”. (Sequeira, 2007:125)

Assim e mencionando ainda Sequeira, “... *as repercussões associados ao cuidar envolvem um conjunto de variáveis que são potencialmente responsáveis pelas alterações positivas ou negativas no contexto do cuidador, relacionados pelo princípio de que qualquer pessoa que viva em parceria com outro é influenciada pelo seu comportamento em resultado do tipo, duração e de intensidade da interação quando uma destas pessoas sofre de uma dependência e ou de um síndrome demencial, podemos facilmente deduzir que fruto destas circunstâncias, ocorrerão alterações na interação*”. (Sequeira,2007:127)

As relações associadas ao processo de cuidar de outro implicam a condição da sobrevivência humana, da qual resulta o tratamento de outrém mantendo o mesmo condignamente em sociedade.

De acordo com o que tem vindo a ser referido e abordando sobre a temática Alzheimer, verifica-se que a tarefa de cuidar de uma pessoa com a demência indicada é árdua, fatigante e

difícil, prorrogada no tempo, normalmente sem descansos e, às vezes, com responsabilidades que ultrapassam o razoável (Sánchez,2004).

“Na gerontologia, existe um consenso de que o cuidado pode ser implementado tanto pela família como pelos profissionais e instituições de saúde. Nesse contexto, surge a figura do cuidador, o indivíduo que presta cuidados para suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva. Entretanto, segundo o vínculo, os cuidadores recebem diferentes denominações. Assim, os cuidadores formais compreendem todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob forma de prestação de serviços e cuidadores informais, os familiares, amigos, vizinhos ... entre outros.” (Nascimento et al, 2008:515)

A desorientação, a perda da crítica e as transformações da conduta social, obrigam a uma vigilância quase constante do doente, que exige muito dos prestadores de cuidados e afeta-lhes a saúde física e mental.

Cuidar de uma pessoa com demência é diferente de cuidar de outros doentes, visto que esta doença requer mais tempo e tem um maior impacto na vida do quotidiano, pois exige uma maior observação, estimulação e astúcia diferentes. Estes indivíduos que têm deterioração cognitiva, podem representar uma sobrecarga excessiva que pode comprometer a saúde, a vida social e o bem-estar emocional do cuidador.

O indivíduo portador da doença de Alzheimer, se não poder comunicar verbalmente, fica sensível ao meio que o rodeia e à forma como as pessoas se relacionam com ele. Uma comunicação interpessoal apropriada pode evitar, por exemplo, a necessidade de medidas de contenção física ou farmacológica (Hoewe e Lettieri, 1999).

Uma comunicação apropriada é imprescindível uma vez que favorece a relação e, estimula a autonomia da pessoa com demência. A orientação verbal e não-verbal é necessária para a realização das tarefas com os sujeitos portadores de demência.

As alterações que estes indivíduos sofrem a nível cognitivo, desencadeiam a necessidade de um maior número de conhecimentos referentes a métodos e técnicas específicas, alusivas à doença, mas também habilidade de comunicação e relacionamento.

Esta comunicação é um passo importante entre o cuidador e o doente com Alzheimer, pois evidencia uma conduta que leva à confiança entre ambos.

Quando se cuida de doentes com a demência de Alzheimer, estão inerentes vários riscos para a saúde dos cuidadores, associados ao processo de cuidar. Quando interagem diretamente com estes indivíduos, e caso não tenham uma preparação física e psicológica que lhe permita trabalhar com os mesmos, torna-se uma tarefa muito complexa, é evidente que o bom preparo do cuidador

profissional é muitíssimo importante não só pelas informações sobre a doença e desenvolvimento de estratégias, mas também, permite mais facilmente entender e agir propositadamente em situações de crise (Borghi et al, 2011).

Muitas vezes pode acontecer que a própria família entre em conflito com o cuidador, pois não entende o porquê das reações do seu ente querido e passa essa responsabilidade para a pessoa que cuida. Quando ele próprio enquanto foi cuidador, não se adaptava à situação de cuidar e entender as mudanças de personalidade e comportamento do seu familiar, estes cuidadores são alvo de projeção de culpas e frustrações da família.

Devido a isso, o cuidado torna-se uma tarefa complicada de realizar, pois o idoso afetado ficará cada vez mais dependente, necessitando de cuidados constantes e cada vez mais complexos.

O cuidador vai sendo absorvido à medida que aumentam os cuidados a prestar.

Até ao presente muito se tem avançado em pesquisas para fazer face à demência de Alzheimer. No entanto, enquanto ainda não existe uma cura visível. Há que melhorar o dia-a-dia destes doentes, através de demonstrações de carinho, apoio físico e emocional, facultando uma maior segurança e confiança.

Assim, há que manter o mais possível a rotina diária, pois esta é fundamental na vida do idoso que deve ser respeitado como pessoa.

Importa fazer alusão a vários aspetos que permitam manter a rotina mencionada. Enumera-se: o quarto do idoso que pode ser arrumado consoante as suas necessidades, não descurando a orientação, a decoração com algo que lhe traga recordações positivas, um relógio para ir tendo contacto com o tempo; a casa de banho deverá estar sempre acessível e bem iluminada principalmente de noite, pois este doente pode ter o delírio da casa de banho.

Relativamente à interação com o doente de Alzheimer, é muitas das vezes uma tarefa nada fácil, logo, para se estabelecer diálogo com este deve utilizar-se frases curtas e claras, olhar sempre o mesmo nos olhos, demonstrando sempre simpatia, alegria e fazer o idoso rir, e manter a postura física ao mesmo nível da do cliente com a demência, permitindo o contacto mais próximo com este.

Deve ser-se flexível, preservar a autoestima não o tratando como criança ou doente. O cuidador deve permanecer tranquilo e ser gentil.

Cuidar de um idoso com demência requer trabalho e paciência. É um trabalho especial, de um doente especial. Este possui a sua individualidade, identidade, merece respeito e consideração.

Quando apresenta comportamentos diferentes sejam eles quais forem, estão relacionados com a sua doença.

Alocando Boff, (1999) no cuidado é fundamental a existência de várias determinantes sentimentais. Entre estas contemplam-se, a ternura, sinónimo de cuidado essencial, afeto que devotamos às pessoas e o cuidado que dedicamos às situações existenciais, esta tarefa/dever emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros. O carinho nasce quando o ser humano se descentraliza de si mesmo e sai na direção do outro, sentindo-o como outro, participando na sua existência, deixando-se tocar pela sua própria história de vida.

O ato de cuidar constitui assim uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta atividade. Através dos tempos esta tarefa de cuidar estava intimamente ligada à família. No entanto, com o progresso da sociedade e os avanços da saúde esse papel passou também a ser desenvolvido por outras instituições.

Só faz sentido, cuidar de alguém que não consegue desempenhar as suas atividades quotidianas. Segundo os geriatras está associado à estimulação, incentivo a uma maior autonomia e à independência possível no indivíduo.

Os cuidadores de doentes com demência estão sujeitos a uma enorme sobrecarga objetiva, e principalmente subjetiva, razão pela qual devem estar plenamente capacitados para o atendimento e entendimento das necessidades dos que cuida. Existem diversas formas de cuidar dos doentes com demência, entendendo as limitações apresentadas por estes indivíduos para execução das atividades de vida diária (AVD), e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que gradualmente comprometem a sua independência, levando-o à necessidade de auxílio de outros para atividades elementares. Contempla-se também os transtornos não cognitivos, ou alterações de comportamento, que podem surgir na evolução da demência e que são, muitas vezes, responsáveis pela sobrecarga subjetiva do cuidador.

No plano de cuidados devem estar previstas várias atitudes a tomar e que são: evitar roupas difíceis de vestir, como fivelas, cintos, botões, camisas, devendo orientar-se o idoso quando este se está a vestir, supervisionando o mesmo.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1. METODOLOGIA

Segundo vários autores o processo de investigação está dividido em várias fases sucessivas, sendo a metodologia uma destas fases. Nesta, “... *o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação.*” (Fortin,1999:40).

A mesma autora menciona também que “... *a fase metodológica operacionaliza o estudo ...é um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.*”. (Fortin,1999:373).

Esta fase é fundamental em todos os trabalhos de investigação, pois é nesta etapa que se faz referência ao tipo de estudo que se vai usar, ou seja, a abordagem que melhor se adapta aos objetivos que se planeiam atingir com o estudo. Decide-se quais os sujeitos de estudo, o instrumento de colheita de dados que melhor se adequará à investigação em causa, de forma a atestar a veracidade, a representatividade e a legitimidade do mesmo, assim como dos seus resultados. “...*a fase metodológica operacionaliza o estudo.*” (Fortin,1999:108).

A sua principal finalidade consiste em “... *clarificar e proporcionar uma visão mais alargada sobre a área temática em estudo de forma a clarificar certos aspectos do fenómeno estudado e encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho.*” (Quivy,1998:68).

1.1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Nos doentes de Alzheimer existe um distúrbio cognitivo que pode levar à depressão, insónia, alterações de humor, delírios e comportamentos psicóticos, agitação, alucinações que podem ser visuais ou auditivas. A doença tende a afetar mais mulheres do que homens.

Nos quotidianos profissionais, são por vezes notórias algumas dificuldades em lidar com as alterações comportamentais destes clientes.

Importa assim compreender os impactos, no desenvolvimento do trabalho quotidiano, perçecionados pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos.

Nesta sequência, surgem as perguntas de investigação, estas guiam o plano do estudo, conduzindo à procura de respostas. Segundo Fortim, “.... *a questão de investigação revela-se como: uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações*”. (Fortin,1999:51).

1.1.1. Questão de investigação

Segundo Quivy, não é fácil conseguir traduzir o que se apresenta como um foco de interesse ou uma preocupação vaga para se investigar.

A investigação é algo que se procura, e para ser autêntica, surge a pergunta de partida, que constitui normalmente um primeiro meio, para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico. Logo, aqui a pergunta de partida é a seguinte: **Quais os impactos no desenvolvimento do trabalho do quotidiano percebidos pelos profissionais de um lar de idosos que cuidam de clientes com Alzheimer?**

1.1.2. Objetivos do estudo

“O objetivo do estudo indica o porquê da investigação” (Fortin,1999:99). A intenção do presente estudo, foca-se no impacto social causado nos colaboradores que cuidam de clientes portadores da demência de Alzheimer, no lar de idosos.

Diariamente, observam-se determinados fatores, que fomentam a alteração de comportamento dos clientes portadores da demência de Alzheimer. Contam-se entre estes uma simples alteração da rotina diária. Estas alterações comportamentais, fomentam impactos sociais na vida do quotidiano da instituição ao nível dos colaboradores, gerando várias questões, quando se reflete sobre esta problemática. Daí que a atuação deste estudo, constitua um importante desafio, para perceber os impactos criados no dia-a-dia.

Como objetivos para fazer face à pergunta de investigação optou-se pelo objetivo geral:

- Analisar os impactos no desenvolvimento do trabalho quotidiano percebidos pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos.

E pelos objetivos específicos, que se podem considerar-se como os seguintes:

- Identificar qual a perceção dos profissionais acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes.
- Identificar os impactos sentidos, experienciados no seu trabalho quotidiano.

2. DELINEAMENTO DO ESTUDO

2.1. MÉTODO DO ESTUDO

A investigação qualitativa privilegia, essencialmente, a compreensão dos problemas a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. A opção pela metodologia de abordagem qualitativa surge, como consequência do problema, da questão inicial que foi formulada e dos objetivos que visam chegar à análise da questão.

Esta parece ser a metodologia que melhor permite, compreender e conhecer as vivências contextualmente e compreender a visão e opinião de todos os intervenientes. Há sempre uma tentativa de capturar e compreender, com pormenor, as perspetivas e os pontos de vista dos indivíduos sobre determinado assunto. Pode-se dizer que o principal interesse, destes estudos, não é efetuar generalizações, mas antes particularizar e compreender os sujeitos e os fenómenos na sua complexidade e singularidade.

2.2. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é descritivo e exploratório. A seleção do mesmo deveu-se ao facto de não ter encontrado estudos sobre este. Servindo assim, para me familiarizar com uma realidade, que se pretende com o desenvolvimento profissional dos colaboradores do lar de idosos.

Perante o referido, o estudo de carácter descritivo, exploratório é utilizado em situações que visam a preparação para um estudo de maior amplitude, ou seja, a conceção e a validação, de um instrumento de colheita de dados, definidor dos problemas e necessidades que os colaboradores do lar de idosos têm no dia-a-dia da vida quotidiana da instituição.

De acordo com Carmo (1998) que cita, (Selttiz, et al (1967), cuja opinião é de que “... os estudos exploratórios, têm como objectivo, proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”. (Carmo,1998:47)

Também segundo Ribeiro “... deve desenhar-se um estudo exploratório, se a investigação tem propósitos meramente práticos, se as investigações anteriores não se debruçaram sobre o problema ou se as evidências encontradas na relação entre variáveis são contraditórias e também se há razões para questionar se o que a investigação tem mostrado para outras culturas se aplicará do mesmo modo” (Ribeiro,1999:25).

2.3. POPULAÇÃO

A população “... é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta uma ou várias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação.” (Fortin,1999:373).

A escolha desta população, deve-se ao facto, de se percecionarem necessidades alusivas aos colaboradores, no desenvolvimento do seu trabalho com os clientes portadores de demência de Alzheimer, visto que o seu número já é considerável. Contudo, existe uma lacuna da investigação na instituição, uma vez que nunca foi realizado nenhum estudo nesta vertente.

A escolha do local onde incide o estudo tem como justificativa, o facto, da investigadora ter contacto com a Instituição em referência, o que facilita a recolha de dados e também pela pertinência do tema.

2.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é um subgrupo da população-alvo, uma vez que é selecionada para obter informações relativas às características dessa população, deve assim ter as mesmas características, para que o grupo escolhido seja representativo da população-alvo. (Fortin,1999).

A amostra selecionada recaiu, sobre 10 profissionais que contactam diariamente com clientes com demência de Alzheimer (4 colaboradores com formação em geriatria, 4 colaboradores sem formação na área, 1 técnica superior enfermagem, 1 técnica superior animadora sociocultural de sexo feminino).

2.4.1. Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão colaboradores que não têm contacto direto com os clientes com a demência de Alzheimer, ou que recusaram participar no estudo.

2.4.2. Critérios de inclusão

Dos critérios escolhidos, há a destacar os profissionais que trabalham diretamente com os clientes portadores de demência de Alzheimer, e que efetuaram ou não formação a nível de geriatria. Dos profissionais selecionados optou-se por 1 colaboradora de cada sector que esteve

nos últimos três meses em contacto permanente com os portadores da demência de Alzheimer (1 sala de convívio, 2 dormitório ala esquerda, 2 dormitório ala direita, 1 refeitório, 1 quartos rés do chão, 1 camarata rés do chão, além das técnicas superiores).

2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

Inicialmente, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica dirigida para os instrumentos de medida, que apoiassem o estudo e possibilitassem a recolha da informação acerca das variáveis em estudo. Com base na revisão bibliográfica efetuada, constatou-se que existe alguma informação sobre a demência de Alzheimer. No entanto, não existe nenhuma sobre os impactos da institucionalização de clientes com a demência de Alzheimer num lar de idosos nos quotidianos de trabalho.

Neste sentido, a escolha recaiu sobre a entrevista semi estruturada (anexo I), caracteriza-se pela existência de um guião previamente preparado, que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, procura que os diversos participantes respondam às mesmas perguntas, e não exige uma ordem rígida nas questões (Savoie-Zajc,2003)

A presença do investigador, no momento da recolha de dados permitiu, esclarecer dúvidas e significados de perguntas que por qualquer motivo não sejam compreendidas.

A mesma contou, também com a observação direta dos quotidianos profissionais, por forma a recolher vários incidentes sobre acontecimentos verificados.

2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização do estudo, requereu uma autorização por parte dos órgãos sociais de uma instituição particular de solidariedade social, tendo-se elaborando um pedido de autorização aos órgãos sociais da mesma instituição. (anexo II)

O sigilo foi mantido, e como medida de segurança o instrumento original permanece guardado por forma a omitir tudo o que identifica a instituição.

Foi também elaborado um termo de consentimento informado, sendo lido e assinado pelo participante no estudo e pelo investigador, salientando que a participação no estudo é voluntária. (Anexo III)

De acordo com o referido no pedido de autorização é garantida a confidencialidade nas respostas.

Convém ainda salientar que toda a investigação assenta na lei da proteção de dados.

3. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A intenção da investigação pressupõe uma resposta à pergunta de partida. O investigador pesquisa informações que o encaminhem para a resolução dessas questões, apoiando-se na análise, para poder decifrar essas informações e obter uma resposta final.

O investigador, também pode recorrer às observações diretas, e conclui que a realidade também é muito importante de ser observada.

Em seguida, emergiu a necessidade de recorrer a suportes analíticos, para o tratamento e análise dos dados, obtidos através da entrevista semi estruturada, utilizamos o programa *QSR NVIVO8* para visualização da análise de conteúdos de entrevistas. (anexo IV)

Segundo (Burgess,1997) submetemos as entrevistas reproduzidas a várias operações que mobilizaram diversos procedimentos característicos da análise de conteúdo:

- Leitura variável para permitir uma aproximação com o sentido dos discursos de cada participante no estudo;
- Identificação das frases consideradas significativas, partindo da reflexão produzida por cada participante no estudo, a partir das questões colocadas;
- Descontextualização das frases indicativas de cada discurso, com identificação de temas emergentes;
- Recontextualização das frases significativas por dimensões e, conseqüentemente, por temas, independentemente dos sujeitos que as proferiram, para possibilitar um texto que permita comparar os diferentes discursos;

Utilizando este método construímos, um sistema de categorias constituído por dimensões e categorias, (Anexo V) através de uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, que se designa por categorização. (Bardin,2000)

Num processo de organização e apresentação dos dados, elaborámos matrizes de codificação global (Anexo VI) e de análise das entrevistas.

Este processo de codificação, permitiu-nos agrupar os dados em subconjuntos.

Tivemos em conta as regras de objetividade e pertinência das categorias, preocupámo-nos com a relevância da validade, tendo em conta a adequação entre os objetivos do trabalho, as categorias definidas e o conteúdo a analisar.

Nesta análise em complemento com os dados estruturais, procurámos obter respostas para as seguintes dimensões e categorias:

- Percepção acerca da doença e cuidados ao cliente de Alzheimer – *Necessidades e dificuldades sentidas*; pretende-se saber qual a percepção acerca da doença e dos cuidados ao cliente de Alzheimer em várias hipóteses;
Conhecimento da doença de Alzheimer; pretende-se saber qual o conhecimento que os cuidadores profissionais têm acerca da doença;
Capacitação para os cuidados: pretende-se saber se os cuidadores profissionais têm capacitação para os cuidados;
Tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar: pretende-se saber qual/quais, as tarefas em que sentem mais prazer;
Percepção acerca das necessidades do cliente: pretende-se saber qual a percepção das necessidades do cliente;
Influência no comportamento dos profissionais: pretende-se saber a influência que exercem os clientes com a demência de Alzheimer no comportamento dos profissionais;
Cuidados diferenciados – pretende-se saber se os colaboradores acham que os clientes deverão ser tratados mediante cuidados diferenciados;
Articulação entre a equipa multidisciplinar - pretende-se saber se existe articulação entre a equipa multidisciplinar;
- Impacto provocado pelos clientes de Alzheimer – *Percepção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes*: pretende-se saber qual a percepção existente sobre o impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes;
Vantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência: pretende-se saber se existem vantagens do convívio entre os clientes com a demência e sem a demência;
Desvantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência: pretende-se saber se existem desvantagens do convívio entre os clientes com a demência e sem a demência;
- Influência nas dinâmicas quotidianas do Lar – pretende-se saber se existem influências nas dinâmicas quotidianas do lar causadas pelos clientes com a doença de Alzheimer.
- Percepção acerca da doença e cuidados ao cliente de Alzheimer – pretende-se saber qual as sugestões apresentadas.

Este procedimento foi sustentado nas realidades retratadas e nos dados encontrados, que deram origem à elaboração do capítulo seguinte.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. O IMPACTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM A DEMÊNCIA DE ALZHEIMER NA VIDA QUOTIDIANA DE UM LAR DE IDOSOS: CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ENVOLVENTE E PARTICIPANTES

A esperança média de vida tem vindo a aumentar ao longo dos anos, acarretando cada vez mais debilidade levando à dependência, provocada pelo passar dos anos ou então motivada pelas demências entre outras. Falando nas demências que têm estado a aparecer cada vez em maior número, a família vê-se confrontada com um cuidado e atenção redobrada, por vezes impossibilitada devido à conjuntura económica pela qual o país está a passar ou por outros fatores, levando a que estes familiares, não se apercebem atempadamente das alterações comportamentais de um indivíduo que se transforma num ser estranho àquele núcleo. (Molinuevo,2014)

A opção muitas das vezes embora difícil para alguns familiares para fazer face ao problema que têm entre mãos, por forma a não deixarem o trabalho é a integração num lar de idosos.

Sabendo que é uma boa alternativa para as famílias ou cuidadores, a integração do idoso com demência em Lar, foi nosso intuito através da dissertação analisar e investigar se a mesma é significativo de alterações na vida quotidiana e por vezes rotineira de um lar, e os impactos provocados.

Foi importante observar, entrevistar os cuidadores de idosos com a demência de Alzheimer que se encontram integrados no regime de Lar de Idosos.

Como já mencionado na metodologia de abordagem qualitativa, a análise do campo de pesquisa começou, com a recolha de dados, através de pesquisa bibliográfica e a entrevista aos cuidadores que estão há mais de três meses na Instituição selecionada e que no ponto seguinte seguirá a sua descrição.

A estrutura organizacional do lar para idosos obedece a normas e regras inscritas na lei mais recente disponível no Diário da República, 1.^a série - N.º 44 - 4 de março de 2014 (anexo VII), e Diário da República, 1.^a série - N.º 58 - 21 de março de 2012 (anexo VIII), entre outras. As mesmas são elaboradas visando o bem-estar e qualidade de vida dos que ali permanecem.

Os lares para idosos ou estruturas residenciais, são estabelecimentos que visam o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em que se desenvolvem atividades de apoio social, prestação de cuidados de enfermagem entre outros.

De acordo com Molinuevo, *"É fundamental não nos esquecermos de que devemos ter compaixão tanto pela pessoa que padece biologicamente de Alzheimer... [como pela pessoa que cuida] "*. (Molinuevo,2014:73)

Quem cuida tem direito ao descanso, pois se não existir uma interrupção na tarefa cuidar, o próprio cuidador também começa a padecer de cuidados, devido a tudo o que envolve a tarefa a que está sujeito.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO FÍSICO

A população residente na freguesia tem vindo, a decrescer significativamente ao longo dos anos.

Os grupos etários mais populosos situam-se entre as idades dos 25 aos 64 anos.

A idade média da população da freguesia no âmbito de estudo é das mais altas do Concelho, atestando a maior concentração de habitantes nas camadas mais velhas. Este fenómeno é produzido pelo aumento da população com mais de 65 anos, pelo prolongamento da esperança média de vida e pela quebra da taxa de natalidade, situação comum a nível nacional.

O principal meio de subsistência da população passa pela receção de pensões ou reformas, seguindo-se o trabalho na agricultura, pesca, hotelaria e prestação de serviços no terceiro setor.

Relativamente à empregabilidade do terceiro setor, pode-se acrescentar que esta situação se regista devido à existência da Instituição que oferece respostas sociais destinadas a crianças e a idosos, sendo a maior empregadora da freguesia.

No que se refere a infraestruturas de apoio à população, e como se mencionou anteriormente a Instituição, desenvolve ao nível da infância e juventude, as respostas sociais; Creche; Jardim de Infância; Centro de Atividades de Tempos Livres.

Ao nível de respostas existentes de apoio à 3.^a idade a instituição em referência tem em funcionamento o Lar para idosos, o Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia. A mesma tem ainda serviço de transporte de doentes e serviço de medicina física e de reabilitação.

No que reporta à saúde a freguesia possui um centro de saúde em funcionamento das 8:00h às 13:00h e das 14:00h às 17:00h, que dá resposta a esta freguesia e a outra.

Para além do exercício normal da atividade de cuidados de saúde primários, este centro de saúde tem promovido algumas ações de prevenção contando já com alguns anos de prática nesta vertente, e regime de parcerias com outras entidades, tais como: atividades para diabéticos e de promoção da educação para a saúde com exercício físico, caminhada saudável.

No que diz respeito à segurança pública, existe um posto da G.N.R. supervisionado pelo concelho.

1.2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL

O concelho onde se insere a Instituição perante a qual foi efetuado o estudo em análise é o maior de todo o Distrito onde esta está incluída.

A instituição, assenta em valores sendo estes: Dar comer a quem tem fome; Dar beber a quem tem sede; Vestir os nus; Dar albergue aos peregrinos; Auxiliar os enfermos; Visitar os presos; Enterrar os mortos. E também inclui: Dar bom conselho; Ensinar os ignorantes; Corrigir os que erram; Consolar os aflitos; Perdoar as injúrias; Sofrer com paciência as fraquezas do nosso próximo; Rogar a Deus pelos vivos e defuntos.

A razão da sua origem é determinada pela caridade, solidariedade, assentando em princípios que presidem à filosofia de trabalho tais como: dignidade humana; a família como célula fundamental da sociedade; corresponsabilidade; entreajuda e participação; universalidade e igualdade; equidade social; inserção social; conservação dos direitos adquiridos; tolerância e informação.

A Instituição com séculos de existência, tem vindo ao longo dos anos a criar serviços, que permitam suprimir necessidades que a mesma assegurou administrar através de soluções quando foi edificada.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

É objetivo deste ponto, proceder à caracterização da população-alvo, através da descrição dos dados recolhidos e com base nas entrevistas aplicadas.

Considerando o resultado obtido através das entrevistas aos participantes neste estudo, 7 (sete) ajudantes de lar e centro de dia, 1 (uma) técnica profissional auxiliar de fisioterapia e 2 (duas) técnicas superiores, observa-se que a maioria dos entrevistados predomina na faixa etária do intervalo dos 18-28 anos de idade, consoante o gráfico nº 1, referente à idade e que se segue.

Razão que leva a crer que os jovens começam a aderir a uma profissão que é a de futuro atendendo ao envelhecimento da população.

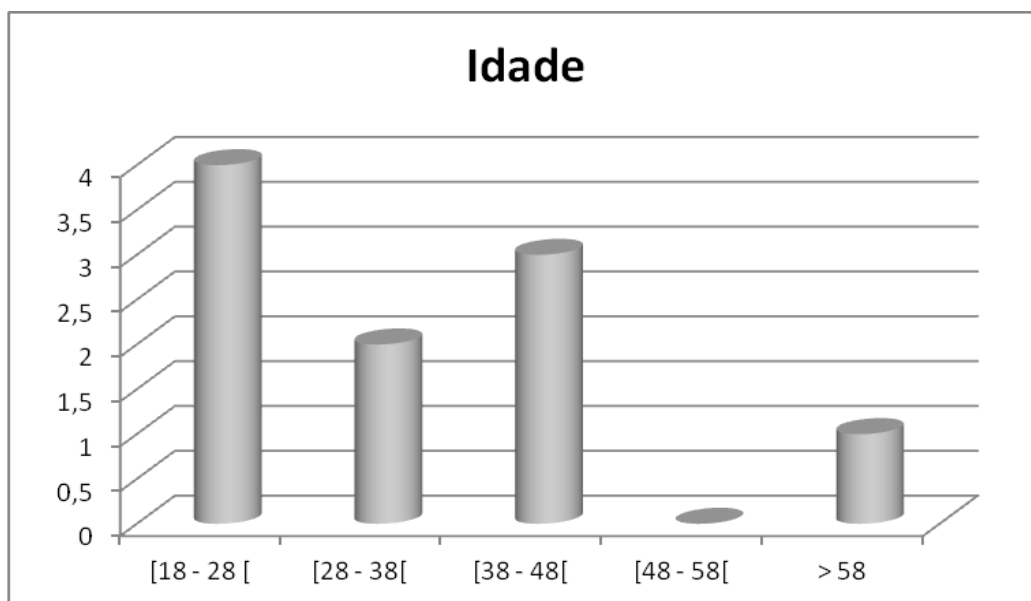


Gráfico n° 1 – Idade (Fonte: Entrevista semi estruturada)

Relativamente ao género, e consoante a tradição esta categoria profissional que anteriormente era exercida somente por elementos do sexo feminino, com a mudança de mentalidades, e falta de trabalho em outras áreas, o sexo masculino começa a apostar nesta profissão, incluindo também a vocação que os mesmos descobrem ter para trabalhar com a população alvo em estudo.

Os entrevistados são 2 (dois) do sexo masculino e 8 (oito) do sexo feminino.

Nota-se no entanto ainda alguma disparidade entre o número de indivíduos do sexo feminino, relativamente ao sexo masculino. O mesmo pode observar-se no gráfico n° 2 que se segue.

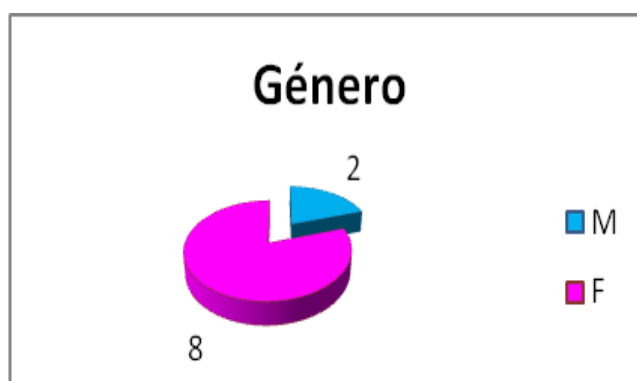


Gráfico n° 2 – Género (Fonte: Entrevista semi-estruturada)

As habilitações literárias apresentam vários e diversificados resultados embora o grau mais alto seja a licenciatura.

Permanece com maior incidência o 9º ano/ 3º ciclo de ensino básico, com 3 (três) entrevistados. De seguida 2 (dois) entrevistados com o 12º ano/ ensino secundário, equiparado com 2 (dois) entrevistados com licenciatura.

Cabe mencionar que só 1 (um) entrevistado tem a 4ª classe. Verificando-se, cada vez mais solicitações de trabalho nesta área, já aparecem como habilitações literárias o 12º ano/ensino secundário.

Mediante o gráfico nº 3, que se apresenta, pode ter-se uma ideia mais exata das habilitações literárias dos entrevistados.

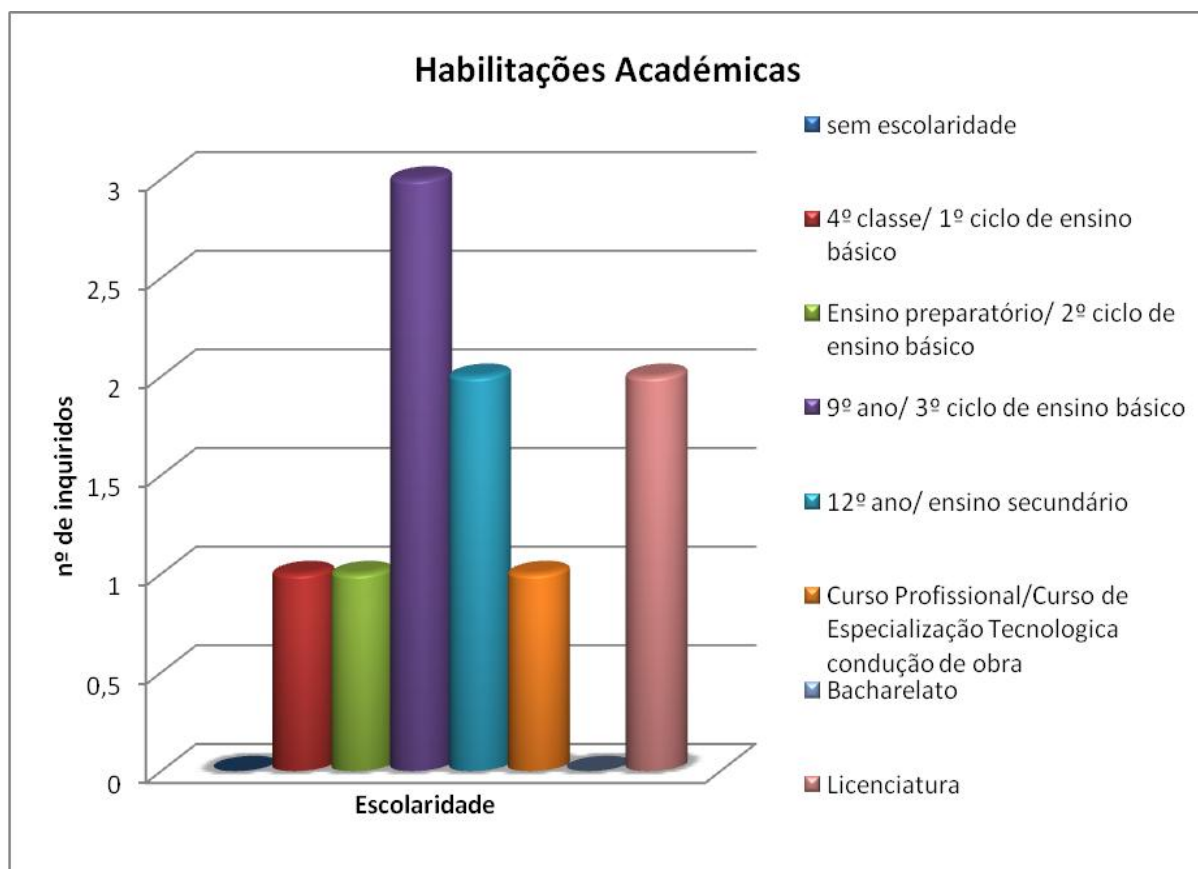


Gráfico nº 3 – Habilitações Académicas (Fonte: Entrevista semi-estruturada)

Outro dado importante que se conseguiu apurar, relaciona-se com o tempo de serviço dos entrevistados na instituição, sendo este relevante para o estudo por forma a descobrir se o mesmo influencia comportamentos ou trás mais conhecimentos.



Gráfico nº 4 – Tempo de Serviço (Fonte: Entrevista semi-estruturada)

No gráfico nº 4, é possível observar que a maioria dos entrevistados tem menos de 1 (um) ano de tempo de serviço na instituição. O mesmo observa-se também no quadro nº 4.

O enriquecimento do conhecimento é bem maior e melhor se existir uma equipa multidisciplinar em colaboração nas instituições.

Observa-se, seguidamente, no gráfico nº 5, que a mesma equipa, existe na instituição em análise, sendo predominante o número de ajudantes de lar e centro de dia, abrangendo 7 (sete) entrevistados. Apenas enfermeira 1 (uma), técnica superior de animação sociocultural 1 (uma), assim como também participou no mesmo estudo 1 (uma) técnica profissional auxiliar de fisioterapia, que é polivalente desenvolvendo várias tarefas.

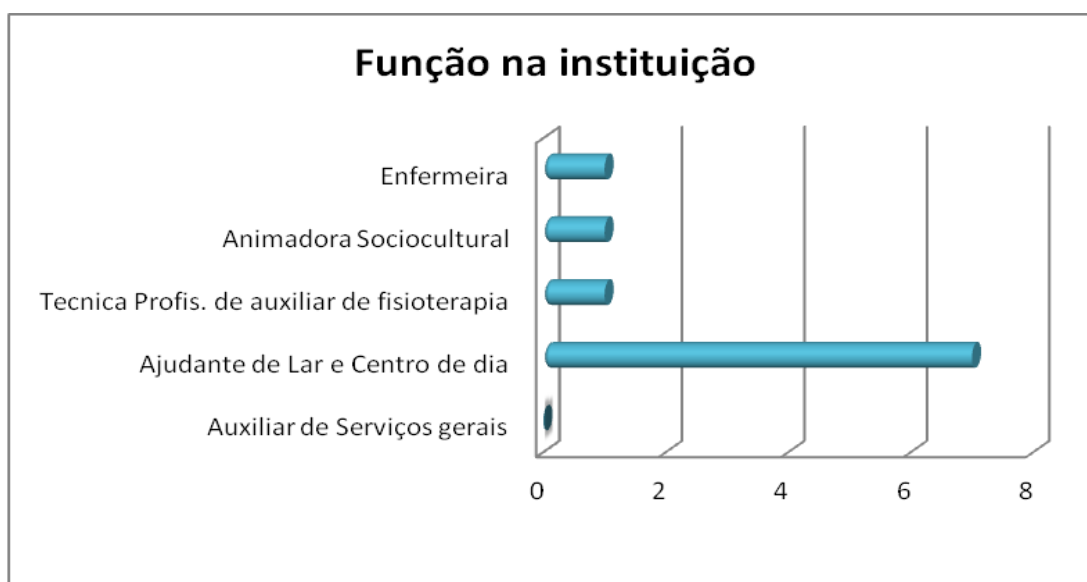


Gráfico nº 5 – Função na instituição (Fonte: Entrevista semi-estruturada)

Por último, surge o estado civil dos sujeitos objetos de estudo, permitindo saber se o mesmo se reflete ou interfere na disponibilidade, sempre que são solicitados para colaborar com o cliente portador da demência de Alzheimer.

Observa-se pelo gráfico nº 6, que segue que na sua maioria os entrevistados relativamente ao estado civil são solteiros.

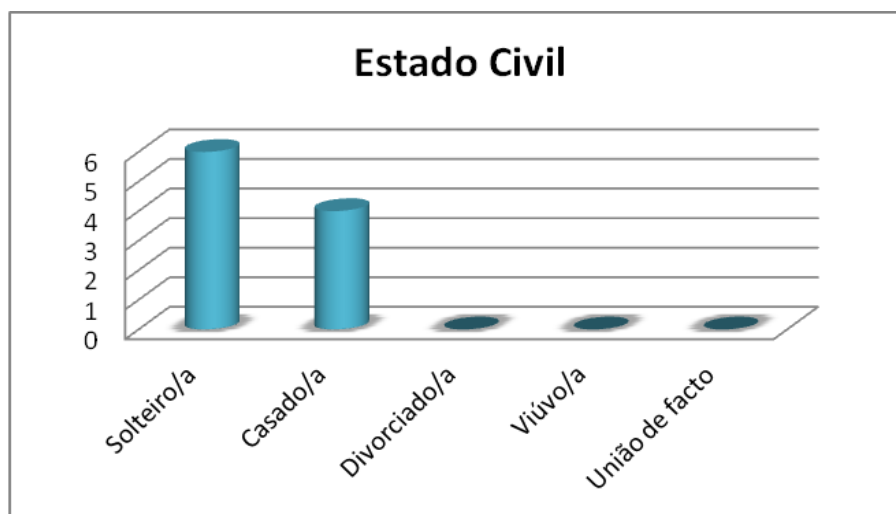


Gráfico nº 6 – Estado Civil (Fonte: Entrevista semi-estruturada)

2. CARACTERIZAÇÃO DAS DIMENSÕES E CATEGORIAS

Do sistema de categorias constituído por dimensões e categorias, resultou um processo de organização e apresentação dos dados, que permitiu agrupar os dados em subconjuntos, resultando o modelo de análise de conteúdo, como se pode verificar na figura. Para melhor visualizar ver, (anexo IX)

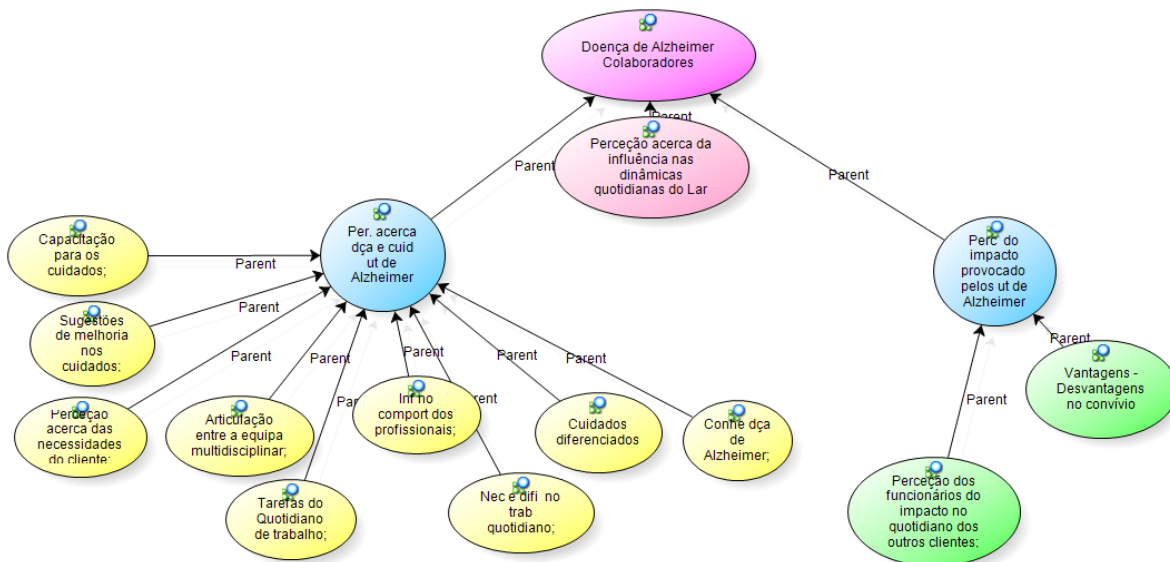


Figura nº 1 – Modelo de análise de conteúdo (Fonte: Entrevista semi-estruturada)

2.1. PERCEÇÃO ACERCA DA DOENÇA E CUIDADOS AO CLIENTE DE ALZHEIMER

Para iniciar este ponto, elegeu-se a passagem de um livro que relata a evolução da demência de Alzheimer.

“... Penélope encontrou Ulisses, ... na sua poltrona, junto à janela e olhava o horizonte, com um olhar vago e aparentemente preocupado. Penélope estranhou o facto do marido não se ter deitado... Aproximou-se ... reparou que os seus olhos vertiam lágrimas... Ulisses confidenciou a Penélope o seu desespero... sentia-se diferente, sem saber o que escrever, sem criatividade, ... dificuldade em se lembrar de algumas palavras... esquecia-se frequentemente do local em que colocava os livros que estava a ler... [ao ser consultado pelo seu amigo, este achou melhor submetê-lo a exames neurológicos entre outros, e a vários especialistas, que lhe diagnosticaram demência], ... os sinais da mudança de Ulisses eram cada vez mais evidentes. Ulisses demonstrava cada vez mais dificuldade em encontrar o nome correto dos vizinhos de uma vida.... as noites tinham-se tornado um

caos, Ulisses deambulava constantemente pela casa, com uma expressão desconfiada, como se estivesse cativo num lugar desconhecido...“ (Molinuevo,2014:12-80).

2.1.1. Conhecimento da doença de Alzheimer

De forma geral, a maioria dos cuidadores profissionais, sobretudo auxiliares de geriatria e outros, que estão em contacto direto com clientes portadores da demência de Alzheimer, não têm um conhecimento organizado, devido à especificidade e novidade que a patologia em si apresenta.

Na descrição de Rodrigues (2010), é mencionado que:

“... esta patologia é caracterizada por uma deterioração progressiva das funções cognitivas, com uma perda de memória associada a afasia, apraxias, alterações visuo-espaciais e de comportamento. A fase inicial caracteriza-se por sinais de esquecimento, progredindo para uma incapacidade de lembrar as palavras, finalizando com incapacidade de produzir e compreender a linguagem... do ponto de vista neuropatológico o cérebro dos pacientes apresenta uma atrofia cortical difusa com presença de placas senis e novos neurofibrilares, degeneração grânulo-vasculares e perda neuronal.” (Nascimento,2010:55)

Diante de alguns entrevistados que participaram no estudo, constata-se que ao ser colocada a questão alusiva ao conhecimento sobre a doença de Alzheimer, a maioria descreve a mesma atribuindo-lhe a perda de memória/esquecimento, deterioração das células cerebrais, existindo outros que confessam que têm alguma informação.

“Sei algumas coisas que vou lendo, ... pelo que li acho que se trata de uma deterioração das células cerebrais que vai provocando problemas com a atenção, concentração, memória ...)”. (E.A.)

Percebe-se por vezes a existência de curiosidade através da aquisição de conhecimento, por pesquisa ou por familiares que padecem da mesma síndrome, sendo mais evidente quando o nível de habilitações é mais elevado.

“É uma doença degenerativa, em que a pessoa vai perdendo as suas funções cognitivas e a nível de mobilidade também, não tem cura, no entanto tem tratamento, servindo este para aliviar os sintomas. A doença de Alzheimer costuma dividir-se em 4

fases, sendo a primeira a perda de memória a curto prazo, nesta fase até se pode confundir com as diversas patologias da velhice, é preciso conhecer muito bem a pessoa e estar muito desperta para essas alterações, na segunda, começa-se a notar cada vez mais. A pessoa começa a desorientar-se na questão do espaço, do tempo e começa a não ter noção do ano em que se está, da sua idade, perdem-se facilmente. Na terceira fase é pior mas não sei muito bem especificar os sintomas, mas a nível dos movimentos começa a notar-se mais atrofia muscular e também na própria linguagem. Esquecem-se das palavras que querem empregar para a sua conversa, acontece muitas vezes quererem fazer o seu raciocínio e não o conseguem terminar, pois tem dificuldade ao nível do pensamento. Na quarta fase deixam de andar e ficam totalmente dependentes, têm delírios e perdem a noção da realidade.” (E.B.)

Segundo se entende, e como abordado anteriormente, exercita-se o que já é familiar, obtendo-se uma partilha de conhecimentos e ajustes mais corretos e eficazes de forma a fazer face às necessidades deste cliente, exemplo disso mesmo foram as respostas dadas em algumas das entrevistas.

“Conheço algumas coisas, visto que o meu pai também tem, e coisas que até não são muito agradáveis. Por vezes fica agressivo, tal como acontece aqui com os utentes do Lar, com a mesma doença.” (E.C.)

“O que eu posso dizer é que as pessoas se começam a esquecer de algumas das coisas mais importantes. Tenho o caso dos meus avós que têm Alzheimer e sei mais ou menos, pois percebo que se vão esquecendo, mas não sei mais nada.” (E.H.)

“Sei que é uma doença que afeta o sistema psicológico da pessoa e com o tempo também afeta o sistema motor. As pessoas começam a ter dificuldades em fazer as tarefas domésticas esquecem-se de muita coisa, praticamente de tudo e às vezes também se começam a esquecer da própria família. Por exemplo a minha avó também tem Alzheimer e tem sempre a fixação de passar a ferro, mas já não consegue, antigamente gostava de tudo direitinho e agora não quer saber, assim como não tem noção nem das horas, nem dos dias.” (E.E.)

Outro dos entrevistados aludiu o seguinte:

“Acho que são as células do cérebro que vão morrendo aos poucos e as pessoas vão perdendo as suas capacidades.” (E.D.)

Quando o conhecimento é escasso torna-se crucial prestar atenção à informação e pormenores que se vão observando diariamente, tarefa que deverá ir sendo trabalhada.

“Penso que seja a variação de estados de humor e de perda de memória a curto prazo. Esta perda de memória é por exemplo, quando se acaba de dizer para não fazer determinada coisa a estes utentes com Alzheimer, eles esquecem-se imediatamente. Vão buscar mais factos ao passado, chamando inclusive pessoas do seu passado a nós que trabalhamos, contatamos com eles.” (E.J.)

Alocando Phaneuf (2010), a demência de Alzheimer, “... resulta de uma lesão irreversível e progressiva do sistema nervoso central, evoluindo num período de vários anos. ... os sintomas [obedecem] a mudanças da personalidade, perturbações cognitivas...motoras, psicológicas e comportamentais. ... estas tornam-se suficientemente intensas para entravar as suas atividades quotidianas, sociais e relacionais para finalmente lhe fazer perder a sua autonomia e a sua independência.” (Phaneuf,2010:52).

Na sua globalidade, os entrevistados conseguem perceber que a demência de Alzheimer tem várias alterações comportamentais entre outras, mas carecem de mais informação de forma a dar uma resposta digna, na elaboração dos cuidados a prestar.

2.1.2. Capacitação para os cuidados

Quem cuida assume o compromisso de estar capacitado/preparado para poder exercer a tarefa, dotando-se de conhecimentos por forma a proporcionar melhor qualidade de vida ao ser cuidado. Este é um ato de responsabilidade muito importante, pois é um ser humano como todos nós, que tem direitos consignados na lei obrigando à salvaguarda da proteção. Aliado a este pensamento está também Molinuevo que refere, “... ocupar-se è um ato de responsabilidade, de responder com habilidade a cada situação que ocorre. Esta é, para mim, uma forma muito inteligente de entender a responsabilidade: habilidade para responder aos desafios que cada instante nos apresenta. ... porém a vida é uma constante mudança e, quando a atitude é marcada por esta disponibilidade, se uma pessoa se ocupa daquilo que acontece, isto permite fluir com a vida de uma forma muito mais harmoniosa...”. (Molinuevo,2014:148)

O cuidador deverá também acompanhar as mudanças e responder aos desafios que o contacto com clientes portadores da demência em análise representam, assim a atitude perante os mesmos deve ser sempre adaptada a cada um, pois não existem seres iguais.

A maioria dos entrevistados sentem-se capacitados para prestar os cuidados ao cliente, confirmando-se o mesmo pelas respostas apresentadas.

“Sim, eu sinto-me capacitada, no entanto sei que preciso de mais formação em relação à doença.” (E.A.)

Contudo, assume-se que é necessária formação na área, de forma a saber responder adequadamente às solicitações que estes clientes apresentam.

Já Barbosa (2011), evidencia que é comum os cuidadores de idosos nas instituições, não possuírem uma formação específica para o cuidado ao idoso com demência.

“Depende, uns casos sim outros não.” (E.D.)

Este depende, significa a intenção de verbalizar alguma coisa, poderá dirigir-se às fases em que subsiste maior agitação, intolerância ao barulho, e confusão, pois existem clientes em vários estádios/fases, que deverão ser identificados para que os cuidadores percebam como devem reagir perante os mesmos.

Também Phaneuf, (2010), refere que,

“Os cuidados em lares de idosos e hospitais para doenças crónicas, tal como são atualmente, poderão provavelmente já não ser suficientes e serão indispensáveis mudanças nas estruturas organizacionais a fim de alargar as suas possibilidades....[os cuidados devem ser adaptados a realidade de cada indivíduo] ... nos estabelecimentos, por causa dos custos e da raridade de pessoal competente, os cuidados a estes doentes resumem-se à mais simples expressão dos cuidados físicos, o que infelizmente leva a um empobrecimento das intervenções e a uma sistematização que roça o desumano. As relações interpessoais que seriam tão essenciais á estimulação psicológica e afetiva destas pessoas são quase inexistentes, limitando-se, no melhor dos casos, a alguns minutos por dia de trocas banais e impessoais relativas à necessidades do quotidiano” (Phaneuf,2010:50).

Respeitar o doente de Alzheimer, é um reconhecimento de que este conserva a dignidade inalienável. O respeito pelo próprio consiste em acolhê-lo na sua diferença.

O colaborador que respeita o cliente fala-lhe com consideração, escuta-o e não procura julgar o mesmo, esforça-se para o compreender e identificar as suas potencialidades a fim de o ajudar a valorizar-se mais. Este tem capacidade para poder exercer a sua função de cuidar.

2.1.3. Tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar

Dependendo das tarefas de cada cuidador, existem umas que suscitam mais interesse e prazer em realizar do que outras, como é comum a todas as profissões.

Contudo a tarefa de cuidar de seres humanos é algo especial, e tem que ser feito com muito profissionalismo, carinho, autenticidade, respeito, humanismo, uma vez que se está perante sujeitos que tem carências a vários níveis.

O ser humano de quem se cuida, deve ser visto e entendido num todo, e não como um ser inferiorizado pela doença, ou pela idade.

Poder-se-á notar o mesmo pelas tarefas que maior prazer dão ao serem realizadas no quotidiano.

De acordo com o observado, através das entrevistas aplicadas constata-se que as tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar, passam maioritariamente pela interação direta com os clientes, visto existir um vínculo, elo de confiança observável através da forma de atuar, mediante condições adversas ao serviço dito normal.

“Todas me dão prazer, porque eu ajudo os doentes em todas as suas necessidades, desde as básicas, até às de convívio. Mas o que me dá mais prazer é conviver e falar com os mesmos, explorar o que faziam antigamente, na sua juventude para que vão relembrando de momentos que viveram e que podem despertar curiosidade nos mesmos e outros interesses, para que mantenham o interesse uma vez que começam a perder a noção da realidade. É essa parte de que gosto mais.” (E.B.)

Constata-se também que o convívio, o diálogo, as memórias ainda existentes, embora por vezes esporádicas, são uma forma de estimulação cognitiva, suscitando um despertar para a vivência da realidade.

Quando se leva a cabo uma determinada tarefa, principalmente o cuidar, implica a descrição feita pelo colaborador que me parece estar bastante sensibilizado para o cuidado a exercer ao cliente com a demência de Alzheimer.

“Não tenho preferências, gosto de fazer todas, contudo gosto mais de estar em contacto direto com os idosos, porque me sinto bem com eles. Mesmo os idosos com a doença de Alzheimer ensinam-nos e aprendemos muito com eles”. (E.D.)

Ainda assim, é também mencionado que é importante escutar, e o escutar significa uma escuta ativa, ou seja ouvir as palavras, a sua entoação e procurar o sentido das mesmas, contribuindo para o bem-estar e satisfação do cuidado, permitindo a sua qualidade de vida, e entendimento sobre o processo em que está envolvido, da necessidade de cuidados que ele próprio apresenta.

“Dar de comer, estar com eles na sala, ajudá-los a fazer as tarefas que eles querem. Por exemplo ir à casa de banho, levá-los para o refeitório, isto é interagir diretamente com eles. Acho-os queridos, são pessoas que só precisam de carinho e temos que lhes dar também atenção” (E.E.)

Citando Phaneuf “... cuidar destes doentes é muito exigente e...[não pode ser exercido] *sem motivação profunda, não pode [ser de forma] mecânica e não empenhada.*” (Phaneuf,2010:331).

O cuidado aos clientes com a demência de Alzheimer aponta para uma competência profissional ao nível de perfil e capacidade de entendimento que pressupõe desligar-se da sua rotina, por forma a entender a rotina do outro, as suas limitações, o seu tempo.

Este é um cuidado muito exigente, não podendo ser exercido por profissionais, que não tenham uma boa resistência psicológica e maturidade.

Quanto mais capacidade de observação o cuidador tiver, melhor aprende a gerir determinadas situações que se não forem cuidadas poderão levar ao desencadear de conflitos.

” Dá-me prazer ver que lhes dou a comidinha e que estes ficam satisfeitos, dar-lhes atenção, carinho, que é o que por vezes também necessitam e muito. Como já estou há algum tempo em contacto com estes utentes e no refeitório, consigo perceber se estão satisfeitos com o comer, porque de uma maneira ou de outra acabam por se manifestar. Vejo também se a quantidade que ingerem é a suficiente e não insisto mais. Agora se não comem nada, tento de todas as formas dar-lhe alguma coisa e quando vejo que consigo sinto-me bem porque fiz o meu dever e ajudei no que o utente com a doença de Alzheimer necessitava. ” (E.F.)

Neste discurso é evidente a interação existente e a necessidade de responder positivamente às necessidades do cliente que recusa alimentar-se. O mesmo só é possível se os cuidadores estiverem atentos.

Os clientes necessitam alimentar-se, de outros cuidados diários, mas as palavras, os gestos de carinho transmitem segurança, e quando esta aparece, contribui para a alteração de comportamentos favoráveis à vivência em grupo.

“As que me dão mais prazer são a interação com os utentes, levando-me ao diálogo e a passear com os mesmos, para se acalmarem. “Acho piada” à forma como ajo para dar a volta a uma determinada situação, consigo fazer com que o utente volte a estar calmo/a.” (E.J.)

Constata-se que o que dá mais prazer realizar nas tarefas quotidianas, é o interesse atribuído ao contacto direto com o cliente portador de demência de Alzheimer, derivando assim de uma interação entre cuidado e o colaborador profissional, importando-se o colaborador com a saúde e bem-estar dos clientes que estão ao seu cuidado, responsabilidade, permitindo assim uma qualidade superior pelo tempo de vida que lhes resta.

Pode dizer-se que ao existir a sensibilidade para este tipo de trabalho, todos saem a ganhar, colaborador, cliente, instituições e a própria família do cliente, pois ao estar serena passa essa mesma serenidade para o seu familiar, quando o vai visitar.

2.1.4. Necessidades e dificuldades sentidas

As emoções, que vão sendo registadas na infância, fase de construção da nossa identidade, vão servir para mediar situações futuras. Logo quando nos deparamos com situações aparentemente indiferentes, elas podem apresentar vivências emocionalmente poderosas, levando-nos a reagir sem percebermos o porquê da reação. Situação de importância, pois nas fases mais adiantadas da demência de Alzheimer, o indivíduo tem reações sem explicação. Esta tem a ver com a perda de controlo das emoções até então reprimidas, que se começam a manifestar, deixando o mesmo de se comportar de forma aceitável na sociedade, passando a ter comportamentos indescritíveis que até aí nunca haviam surgido.

Quem tem um relacionamento mais próximo com o indivíduo percebe que as suas atitudes não são propositadas. Quando o mesmo está num espaço estranho, fica sem nenhuma referência

dos seus atributos, fica desorientado e não sabe o que fazer, levando a grandes tensões e agressividade. (Molinuevo,2014).

Posto isto e depois da análise efetuada através da entrevista semi-estruturada, depreende-se do que foi mencionado quando colocada a questão: ***“Quais são as suas necessidades/dificuldades para cuidar no quotidiano de um cliente portador da demência de alzheimer?”*** A maioria dos entrevistados refere-se a uma maior dificuldade nas situações de agressividade e agitação e recusa na participação de atividades, como se pode ver pelas respostas de alguns entrevistados.

“No meu caso, noto mais dificuldades com aqueles que estão num estado mais avançado, ou aqueles que estão mais agitados e que se recusam a desenvolver uma atividade. Também existem aqueles que estão quase sempre a dormir. É difícil trabalhar”. (E.A.)

Através da transcrição do trecho da entrevista pode dizer-se que quando a demência de Alzheimer se encontra em estado avançado torna-se difícil a interação e a perceção dos motivos que ocasionam a mudança de comportamento, complicando a forma de atuar dos funcionários que prestam cuidados. O doente com a patologia referida perde a capacidade de autocontrolo, e sofre mudanças incompreensíveis.

“A dificuldade é a questão mais da agressividade deles, dos comportamentos inadequados devido à demência que têm e o facto de quererem fugir daqui, ou quando não querem comer, não querem tomar a medicação e quando se insiste eles tornam-se muito agressivos, nós tentamos arranjar estratégias para colmatar essa situação, só que nem sempre corre bem, existindo alguns utentes portadores da demência de Alzheimer que têm uma personalidade muito vincada, teimosia, que também é própria da doença.” (E.B.)

No contacto com a realidade, averigua-se que a inoperacionalidade de determinados elementos, levam ao desinvestimento para com estes clientes, aliada à falta de capacidade para fazer face a problemática da demência.

“As dificuldades por vezes são tentar convencê-los a ir para a mesa. Como é o caso de uma utente que não quer ir, e tentamos várias maneiras para a levar, mas eu sei que a

temos que levar, pois tem que ir comer, se não for não come. A dificuldade é mesmo encaminhar estes utentes com a doença de Alzheimer para o refeitório, e também existem outros aos quais tentamos dar comer e estão num dia mais complicado e não querem mesmo comer o que acontece algumas vezes.” (E.F.)

Tendo em conta as respostas fornecidas, depreende-se inclusive que a dificuldade de comunicação com os utentes portadores da demência limita a interação com os mesmos.

“... temos que os ouvir e tentar fazer com que eles compreendam, sendo uma tarefa complicada, daí achar que primeiro devemos ouvi-los e depois então tentar perceber o que querem” (E.D.)

Tal facto leva muitas vezes a que os cuidadores profissionais experimentem um sentimento de frustração, pois não conseguem responder às suas necessidades.

2.1.5. Perceção acerca das necessidades do cliente

Quando em contacto direto com os clientes com a doença de Alzheimer, trabalho que requer astúcia, e capacidade de relacionamento permitindo a existência de confiança legítima e não apenas aparente, o profissional atua com ética e deontologia.

Ao atuar mediante esses princípios, consegue ir aprendendo estratégias e técnicas para perceber as necessidades de cada cliente através de uma observação atenta, astuta e cuidada, Molinuevo (2010) diz que, *“... em muitas situações a reação afetiva do paciente está mais ligada à situação externa que o perturba do que com as consequências diretas da doença. ... devemos ser muito cuidadosos e não permitir que se crie uma «identidade Alzheimer» [pois o mesmo pode impedir-nos de entendermos realmente o que de facto se passa com o paciente], e levar-nos-á a atribuir automaticamente toda a responsabilidade das ações do paciente à doença.”* (Molinuevo,2014:90).

Surgem algumas hipóteses que nos levam a pensar alternativas de cuidado aos próprios clientes portadores da demência referida.

“Eu acho que acima de tudo eles têm que estar bem medicados, “esta é a opinião que tenho”, para terem alguma qualidade de vida, pois às vezes a medicação, não é a correta ou não está a fazer o efeito desejável. Para mim é o mais importante, depois

pelo que observo, acho que estes têm necessidade de andar, passear. Às vezes acho que os problemas que existentes aqui, no Lar, surgem por causa disso, pois assim que algum destes utentes se levanta só para ir à janela, alguém vai lá porque pensa que o mesmo vai fugir, acabam por ir buscá-lo e depois querem que este se sente e o mesmo não quer, gerando-se conflitos. Penso que se pudessem andar livremente, pois, todos têm direito de ir ver como está o dia, e se os deixassem, poder-se-ia evitar algumas situações complicadas existentes.” (E.A.)

Considerando a resposta, anterior, sobressai à primeira vista a intervenção farmacológica, para que o cliente mantenha alguma qualidade de vida, opinião divergente da de Phaneuf, (2010), que afirma ser importante modificar o mito atribuído à medicação, como a salvação para todos os comportamentos perturbados e para os diversos problemas ao nível de cuidados.

Contudo, outra necessidade, mencionada e bastante objetiva para o doente de Alzheimer é o poder circular livremente, com supervisão, para não colocar em risco a sua própria integridade física. O simples andar ajuda a abstrair-se, embora se sinta perdido algumas vezes mas, começa a incluir-se no espaço envolvente e a familiarizar-se com o mesmo.

Outro dos colaboradores entrevistados, considera que existem várias necessidades, e de várias amplitudes.

Como ele próprio diz:

“As necessidades são várias, precisam de muito acompanhamento e às vezes é um pouco complicado darmos essa atenção. Estes utentes precisam de muito tempo para comer, para irem à casa de banho, para o banho, para andar. E nós muitas vezes não temos esse tempo. Uma das necessidades é o convívio, dança, ouvir musica, escrever, para melhorar a comunicação.” (E.B.)

As necessidades expostas anteriormente apontam para a estimulação cognitiva, não levando à reaprendizagem de algo esquecido, mas a manter por mais tempo a referência alusiva a pessoas, locais, objetos, nomes.

Mencionando a circunstância do tempo, Phaneuf, (2010) refere que *“Tomar alguns minutos para estabelecer um contacto com o doente não é tempo perdido, é muitas vezes tempo que ganhamos para a boa vontade e a cooperação que ele manifesta a seguir.”*

Na generalidade as opiniões que se seguem, através de extratos de entrevistas apontam para carências de vária ordem: mais cuidados, mais acompanhamento, tratar o doente como ser único,

carinho, atenção, preservar hábitos a que estavam habituados, levar os clientes a sentirem-se úteis, tanto tempo quanto possível, maior presença familiar, compreensão.

É também referido que:

“Têm muitas necessidades, principalmente de quem cuide bem deles, que tente perceber o que é que os utentes com a demência de Alzheimer querem e quando querem algo. Devemos acompanhar os mesmos ao máximo, naquilo que precisam, porque tem que haver um acompanhamento e cada caso é um caso como já referi anteriormente. As funcionárias têm que estar dentro das necessidades de cada pessoas para melhor os poderem servir. (E.C.)

“Acho que têm muita falta de carinho e precisam de muita atenção.” (E.D.)

“Muita atenção, muita paciência, e alguém que esteja ali sempre pronto a ajudar e interagir com eles. (E.E.)

Emerge a necessidade de dispor de tempo para escutar, permitindo através deste gesto dar atenção, interagir, ajudando a mesma a terminar frases e indicar, alguma pista justificativa sobre a agitação ou choro que manifesta, mesmo que as indicações sejam vagas e não sejam fidedignas.

Quando é referido por um dos colaboradores entrevistados, que na sua visão acha, que os clientes com a demência de Alzheimer têm falta de carinho, este é um fator a analisar, o porquê da falta desse carinho, uma vez que o mesmo é muito importante, funcionando como fator de acalmia, nas fases de agitação.

“Têm necessidade de mais atenção, talvez sintam-se mais em família, mais no seu ambiente. Pois, quando vêm para a instituição, alteram-se hábitos, enquanto nas suas casas estavam habituados a uma coisa diferente, depois conhecem pessoas novas, espaços novos e principalmente os que ainda estão mais ou menos bons da cabeça, acabam por aceitar melhor a integração. Mas os doentes com Alzheimer mais avançado são mais difíceis, precisavam de ser inseridos num ambiente mais deles, mais favorável de maneira a proporcionar um melhor bem-estar.” (E.F.)

Os colaboradores reconhecem e referem que estes clientes necessitam de muita atenção, devido ao seu problema de saúde.

“Precisam de atenção, de fazer alguma coisa, terem a família por perto, serem estimulados para que possam ser autónomos nalgumas coisas, que a família e quem cuida dos mesmos lhes dê atenção, que não se sintam inutilizados e que se sintam bem entre eles, e com eles próprios. (E.G.)

“As necessidades que têm são cada vez mais da nossa compreensão, porque eles não sabem muito bem o que estão a dizer. Mas existem funcionárias que não têm muita paciência e alguns dos outros utentes também não. Quando estão com conversas estranhas, que nem se sabe o que estão a falar, eu por exemplo começo a falar-lhes na mesma, na brincadeira para que corresponda com o que estão a dizer e não os contrario.” (E.H.)

O doente de Alzheimer não tem facilidade de fazer saber aos colaboradores que dele cuidam como sofrem. E as várias limitações a que estão submetidos quer as cognitivas, quer as verbais, impedem os mesmos de identificarem ou se pronunciarem sobre as sensações dolorosas que experimentam, razão explicativa para alguns momentos de agressividade, torna-se pertinente o uso da tolerância e da paciência para com os mesmos.

“Têm necessidade de mais companhia e existe alguma falta de interação, entre os utentes, pois todos merecem. Os utentes com alzheimer têm que tentar também colaborar. No entanto, não têm muita vontade pois quando se colocam a fazer uma determinada atividade, passado pouco tempo esquecem-se.” (E.J.)

Referindo as necessidades mencionadas, é conveniente relembrar que os doentes com demência de Alzheimer, merecem ser tratados e cuidados condignamente. Não devem permanecer sozinhos, na solidão. É suficiente, estarem sozinhos na imensidão do mundo irreconhecível que os rodeia.

2.1.6. Influência no comportamento dos profissionais

As frases escolhidas para iniciar este ponto fazem-nos refletir. *“... Para comunicarmos com alguém que padece de Alzheimer, devemos abrir-nos à sua realidade e esquecer qualquer premissa rígida sobre o que somos e o que temos de fazer.” (Molinuevo,2014:160).*

“Sem a predisposição do coração, sem abertura ao outro, não podemos prestar cuidados humanos e personalizados.” (Phaneuf,2010:50).

Devemos sempre saber escutar o que o indivíduo com a demência tem para transmitir por forma a podermos auxiliar o mesmo, pois com o estabelecer da comunicação, da relação, cria-se a confiança que é um suporte para o mesmo, permitindo uma melhor qualidade de vida. Contudo, cada indivíduo tem os seus padrões de comportamento e reação.

“ ... cada ser humano tem os seus limites. ... devemos ser sinceros connosco para podermos compreender a nossa situação psicológica e emocional, tanto para nosso benefício como para benefício do paciente. Isto é, estou a fazer isto porque, para mim, não existe outra alternativa; não há remédio senão fazer isto, a isto estou obrigado, ainda que não tenha qualquer apetência para o fazer.” (Molinuevo,2014:129);

Quando se está a trabalhar diretamente com o doente de Alzheimer, há que manter uma determinada conduta. Sabendo que nem sempre é fácil. No entanto a ajuda é um suporte à pessoa com perda cognitiva. Se o cuidador não tiver aptidão para exercer tal função, será melhor não interagir com estes doentes, pois qualquer que seja a sua ajuda ao mesmo, vai ser sempre fracassada, visto que o próprio doente também sente que aquele cuidador que ali está diante dele, não desempenha o cuidado com amor, respeito, igualdade, não é autêntico. Valores sobre os quais os cuidadores se devem pautar e ter a virtude de interiorizar no seu consciente que estão a tratar de um ser humano e que não estão ao serviço meramente porque não existe outro trabalho em outra área a desenvolver.

Opinião igual tem Phaneuf, (2010), mencionando que *“O doente de Alzheimer é muito sensível e os comportamentos inapropriados do pessoal, mesmo involuntários, podem desencadear agitação, assim como os ruídos ambientais. Este pode captar o humor dos cuidadores, ele percebe as mímicas, os suspiros, os comentários, e reage aos mesmos. A ansiedade e o humor do cuidador tornam-se contagiosos a este doente.” (Phaneuf,2010:218).*

Ao longo dos cuidados, o doente deve ser considerado e tratado no seu todo, como ser humano, e não como um ser que já não tem direitos.

Nas respostas posteriormente mencionadas, entende-se que alguns dos colaboradores compreendem a doença com uma atitude de respeito, carinho, sensibilidade perante os doentes de quem cuidam, levando à alteração dos seus comportamentos, pois a doença está a surgir também em faixas etárias mais jovens e por vezes, mais jovens que os próprios colaboradores. Levando-os a pensar na sua própria condição humana e se amanhã a mesma demência os atingir.

“ Inicialmente fazia-me confusão porque é que eles falavam sempre no antigamente. Do presente não se lembram, mas do passado lembram-se muito mais. Leva-me a pensar se ficarei assim.” (E.G.)

O pôr-se no lugar do outro, deve ser sempre uma máxima a seguir em qualquer tipo de ação que se execute.

“Sim. Porque é difícil lidar com eles e também por saber que cada vez há mais pessoas a sofrer deste tipo de demência e muitas delas jovens, isto é mais jovens não com 80 anos, mas com 50, 60 e acabam por ir para os lares, sendo difícil vermos pessoas relativamente jovens assim, que perdem a noção de tudo.” (E.A.)

“Sim. O impacto que provocam é a nível sentimental, de pena e não de raiva. Acho que sou uma pessoa calma a lidar com estas situações... ”. (E.A.)

Ao existir empatia, esta guia-nos para o outro e proporciona, por este facto, um determinado afastamento emotivo. Pois, quando se observa a situação com os mesmos olhos que a pessoa, a cuidadora mantém-se consciente que se trata dos sentimentos vividos pelo outro e não os seus e evita assim um mimetismo afetivo. (Phaneuf,2010).

Por sua vez, outros colaboradores, não têm paciência conforme indicam os entrevistados, logo não têm perfil para o desempenho da função, e não sabem o que significa cuidar.

“... No entanto, há funcionários que não lidam bem com estes utentes, pois existem os que têm paciência e os que têm menos paciência. Acho ainda que existem funcionários que não pensam no dia de amanhã, e também não pensam no outro lado, no que o utente tem. Se está a fazer aquilo é porque também já não está nos seus melhores dias.” (E.A.)

Ao iniciar a jornada de trabalho diariamente, dever-se-á saber separar problemas e conflitos pessoais. Quando o mesmo não acontece, esses transformam-se e interferem nos cuidados que se prestam aos doentes com Alzheimer.

Devemos ter uma relação cordial, connosco próprios, opinião transmitida por Molinuevo, (2014) *“A nossa capacidade para cuidar com entrega será maior se interiormente estivermos livres de conflitos pessoais. Quanto mais harmoniosa for a relação que temos connosco próprios,*

mais harmoniosa será a relação que temos com a pessoa de quem cuidamos” (Molinuevo,2014:163).

Anteriormente, mencionou-se que alguns dos colaboradores mudam as suas atitudes, comportamentos ao interagirem com os doentes de Alzheimer, confirmando-se a mesma afirmação pelas respostas conseguidas através da entrevista.

“Sim, Na medida em que me apercebo que há pessoas que perdem as capacidades, mas quando estamos em contacto com essas pessoas, estamos na realidade concreta, levando ao nosso despertar sobre qualquer alteração de comportamentos, e pensamos duas vezes, isto não é normal e mudamos o nosso comportamento. Quem não tem conhecimentos acerca da demência de Alzheimer e que não interage diretamente com eles desvaloriza um pouco. O doente pode dizer algo que não faça sentido nenhum, e essa pessoa observa “olha então agora está para aqui com esta conversa” e não liga indo embora, mas nós que temos algum conhecimento, estamos despertos e tentamos perceber porque é que é aquela reação e porque é que ele está com aquela conversa, de forma a entender a causa, não desvalorizando.” (E.B.)

“Sim, Faz-me ver a vida de uma maneira diferente e ver os idosos e as suas atitudes também de outra forma.... determinadas atitudes têm a ver com doenças e a cabecinha, já não dá para mais, já não têm capacidade de raciocínio.” (E.E.)

“Sim, Leva-me a ficar mais sensível... a doença de Alzheimer também tenha a ver com o fator idade que a vai desenvolvendo mais e penso que ficamos mais sensíveis no sentido de ver que estamos a caminhar para lá.” (E.F.)

“Sim. Estou mais atenta a vários sinais” (E.F.)

“Eu tento mimar mais a pessoa e dar-lhe atenção, tento fazer entender que está mal e tento levar o mesmo compreender.” (E.I.)

Todavia, a opinião não é unânime, percebendo-se que alguns colaboradores contestam o comportamento de determinados colegas. Alegando que nem todos têm perfil ou competência.

“Como é óbvio todos os idosos provocam impacto. Os funcionários sentem-se incapazes de lidar com estes utentes porque não têm tempo por um lado, mas alguns

também não têm paciência nem personalidade para tal. Também se deve à falta de formação, não compreendem mas dizem que sim, no entanto têm atitudes que não deveriam ter.” (E.B.)

“A mim não, mas há funcionárias que acho que sim, principalmente aquelas que têm menos paciência e que se exaltam com mais facilidade, com essas funcionárias o mesmo interfere... há funcionárias que não têm pena, e como acham que é assim como querem, tem que ser mesmo e quase que obrigam o utente a fazer o que pretendem.” (E.C.)

“... tornam-se cansativos pois necessitam de muita atenção, e o nosso cérebro pode também cansar.” (E.G.)

Depreende-se do apresentado, que o cansaço e a fadiga favorecem a manifestação de problemas de saúde nos colaboradores. Os mesmos geram impactos negativos que a interação com estes clientes implica.

“Depende, para uns não provoca nenhum impacto mas para outros sim. Devido ao cansaço, fadiga, podem ter problemas pessoais e trazer para a instituição, podendo não terem paciência para o utente, o que está incorreto. Deve-se saber distinguir as coisas. A nossa cara deve ser sempre alegre para os utentes, pois no fundo são uns inocentes que aqui estão. Têm que ser tratados com dignidade e respeito.” (E.I.)

Segundo Molinuevo, (2014), quem cuida destes doentes “... nunca leve a peito [os ataques], por um lado, e que tente compreender o que está a ocorrer para entender, por outro lado, o sofrimento pontual da pessoa.” (Molinuevo,2014:97), pois os mesmos não estão a atingir o colaborador em si, mas ao que o rodeia, as imagens, visões, alucinações, que lhe causam confusão e distração do mundo real.

Mediante as opiniões mencionadas nas entrevistas, a influência que os doentes portadores de demência de Alzheimer podem provocar ao nível comportamental de alguns colaboradores é a sensibilidade que começam a ter para poderem estabelecer uma relação de ajuda, passando estas pela escuta ativa, centralização na pessoa com a patologia como ser único e individual, e a presença que estabelece a confiança.

2.1.7. Cuidados diferenciados

Os cuidados a estes doentes podem ser considerados complexos, pois o colaborador, deverá exercer a sua função com compaixão, seriedade e honestidade, levando à aceitação do doente como ele é. Este cuidado implica um reconhecimento por parte do próprio colaborador que gosta da sua profissão, e que encara as suas próprias vulnerabilidades.

Tem que existir uma motivação profunda por parte dos colaboradores que cuidam, logo, *“Devemos adaptar-nos continuamente às capacidades da pessoa com Alzheimer para podermos manter um equilíbrio entre permitir-lhe ser e fazer no mundo de acordo com essas mesmas capacidades.”* (Molinuevo,2014:162)

Na opinião da maioria dos entrevistados, os cuidados devem ser diferenciados, devido à especificidade da demência e toda a assistência que os doentes necessitam.

“Eu acho que sim... Porque os utentes com a demência de Alzheimer têm dificuldades e “tameiras” como eu costumo dizer (teimosias), de fazer uma determinada atividade, enquanto existem outros utentes com outros tipos de demências mas não têm esses comportamentos. Contudo, qualquer demência deve ser tratada com cuidado, mas acho que o Alzheimer tem estas características, talvez por ter na família, também me toque mais” (E.C.)

Pois, requerem,

“Um bocadinho, Mais atenção do que os outros porque por vezes querem fugir, fazem disparates que os podem por em perigo. Temos uma utente que quer ir constantemente à casa de banho, e quando não deve, tira papel higiénico e leva o mesmo dentro da mala o que faz com que estejamos sempre com atenção aos pormenores, ao que é que eles andam a fazer para ver se estão bem ou não de forma a dar-lhe uma melhor qualidade de vida e conforto.” (E.E.)

Quanto à tentativa de fuga frequente nestes utentes/doentes, pode ser muitas vezes um sinal de tédio ou de inatividade ou mesmo, um indício de um sofrimento que não sabem exprimir de outra forma. Razão pela qual se tenha uma atenção redobrada no cuidado aos mesmos.

”Sim. Estes requerem mais atenção, são mais sensíveis e necessitam de supervisão. Claro que temos que estar atentos porque os doentes com Alzheimer perdem a noção do que estão a fazer e já estão a errar a boca por exemplo, a juntar a comida com outra, a deitar a mesma para o chão”. (E.F.)

“Sim, uns destes requerem mais disponibilidade para os ouvirmos que outros... Requerem mais disponibilidade para os ouvirmos e explicar algo, logo ai vamos ter mais atenção perante essa pessoa, e mimá-la mais para que a pessoa não tenha tendência a ir por outro caminho, que a possa prejudicar”. (E.I.)

“Sim, em algumas situações... No banho por exemplo, se eu me esquecer de alguma coisa que deveria ter levado para a casa de banho e que esteja a executar a higiene a um utente sem alzheimer, posso dizer srº x, esqueci-me disto e vou rapidamente buscar, mas com os utentes com Alzheimer, já não é assim, logo tenho que ter cuidado redobrado para não me esquecer de pormenores.” (E.J.)

Os pormenores são tão ou mais importantes como qualquer outro tipo de afazer.

Nas opiniões referidas os cuidados ao doente de Alzheimer exercidos pelos colaboradores são diferenciados, pois com este tipo de cliente a atenção, interação, estimulação deve ser sempre redobrada, pois os mesmos e atendendo à sua patologia, têm necessidades de cuidados acrescidos em relação aos clientes sem a demência mencionada.

Khosravi citado por Phaneuf, (2010) diz que muitos outros comportamentos como bater os dentes, tirar constantemente os seus óculos ou a sua dentadura, cuspir, morder, puxar a toalha ou o seu vestuário, despir-se têm significações. Ora se os cuidados não fossem diferenciados não se entrevia, e não se tentava entender os porquês de tais comportamentos. Logo o acompanhamento é diferenciado no geral.

2.1.8. Articulação entre a equipa multidisciplinar

A equipa multidisciplinar forma-se por um grupo de profissionais de várias áreas que trabalham em conjunto, visando a concretização de um objetivo comum. Esta só é bem-sucedida se existir uma comunicação efetiva entre os profissionais.

É fundamental que cada um reconheça o seu papel e o dos outros, bem como as competências a que cada um diz respeito. Ao atuarem em conjunto, cada um com a sua área de

conhecimento, representa um maior fluxo de informação e focalizam o seu interesse na resolução de problemas referentes ao doente de Alzheimer como é o caso abordado.

Ao efetuar-se as entrevistas, confirma-se que existe uma boa articulação entre a equipa multidisciplinar que existe ao serviço.

Conforme consta, os participantes no estudo alegam que,

“No fundo funciona com toda a gente, com os enfermeiros, a assistente social, com as funcionárias que ajudam na medicação, e tem mesmo que existir uma articulação. Contando também com a parte da animação, que acho muito boa e distrai-os muito. Temos um caso que tudo leva a querer que tem a doença de Alzheimer, no entanto quando está a exercer atividades ele fica calmo pois está distraído e estimulado.” (E.C.)

“Sim, acho que há uma boa articulação entre os profissionais, e quando existem colegas que já conhecem os utentes com Alzheimer, sabem melhor o que eles têm e como são e explicam. “Olha com estes utentes, tem que ser assim, porque ela faz isto e aquilo”. Depende também das colegas, que umas não ajudam nada.” (E.E.)

“Acho que existe colaboração de todas e entre todas. Eu noto que se algum utente não está a comer bem. Vou e comunico logo à enfermeira. Observo que quando se passa qualquer coisa que faz com que ele não esteja bem, não come, o que não é o seu modo normal. Ao informar eu tento saber o porquê de não comer.” (E.F.)

“Acho que existe sim. Existe sempre o esclarecimento entre os profissionais de forma como se deve agir. Nós quando temos alguma dificuldade chamamos a enfermeira. E com a animadora também observamos que estão a estimular o cérebro.” (E.G.)

Logo, o trabalho em equipa é indispensável para a obtenção de resultados que agradem a todos, mediante o mesmo,

“Penso que é fundamental, porque se obtêm bons resultados ao trabalharmos todos em conjunto, tirando-se bom proveito. Pois, se trabalhar cada um para seu lado com a sua tarefa, nunca vão coincidir umas coisas com as outras, se trabalharmos todos em conjunto é o utente que beneficia.” (E.I.)

Culmina assim numa satisfação profissional assente em boas práticas, considerando o bem-estar e qualidade de vida do doente com Alzheimer.

2.2. IMPACTO PROVOCADO PELOS CLIENTES DE ALZHEIMER

2.2.1. Percepção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes

Ao contactarem diariamente com os clientes doentes de Alzheimer e com os que não possuem a demência, os funcionários têm uma percepção referente ao impacto que uns provocam nos outros de tal forma que,

“No geral acho que é difícil... Os doentes de Alzheimer interferem com os outros utentes porque os outros não percebem, não fazem ideia. Já vi muitos conflitos entre eles, não percebem que é uma doença e que estes utentes não têm a culpa. Hoje são estes, amanhã podem ser outros, mas também acho que a situação do espaço, por estarem muito juntos, em que uns têm alzheimer e outras demências, leva a situações mais complicadas, pois se uns estão doentes os outros também estão. Na minha opinião se houvesse menos pessoas num espaço ia ajudar muito.” (E.A.)

Percebe-se também ainda que,

“As funcionárias no geral pensam sempre que é um motivo de stress ... Interferem na medida em que os outros utentes estão sempre preocupados com os portadores da demência de Alzheimer. A sua preocupação é que estes vão para determinado local que não devem ir e que se coloquem em risco, levando-os ao desespero resultando em comentários impróprios, do tipo ele é mau, ou é tonto, há ele é assim, toda a vida foi. Não percebem que é próprio da doença e dizem que o lar não é lugar para doentes da cabeça. Os outros utentes chegam a comentar que estão piores que os doentes com a demência, que têm é maldade.” (E.B.)

Depreende-se que os clientes que não têm Alzheimer, por vezes não entendem o porquê do comportamento diferente e conturbado, que os clientes neste caso, seus companheiros apresentam. Relacionam os comportamentos “diferentes” com maldade, e não porque a mesma reação/atitude tem a ver com doença.

Estes, atribuem também à personalidade que o outro já apresentava, quando era mais jovem, quando se conheciam de outros tempos.

Contudo, dependendo dos clientes, existem também os que demonstram preocupação e estão sempre vigilantes. Se aquele companheiro com Alzheimer, sai, para fora do edifício, têm o cuidado de relatar, pois relacionam com fuga.

Por vezes, tem que existir uma intervenção dos colaboradores por forma a apaziguar os ânimos exaltados. Tendo estes um papel conciliador através da explicação ativa, alusiva a atitudes diferentes, que interferem com alguns clientes, pois já têm uma certa idade e também são portadores de vários problemas, que à mínima alteração de ambiente, ficam transtornados.

Na maioria das vezes é difícil levá-los a compreender que o outro companheiro com a demência, não estava a agir propositadamente com a intenção de o provocar ou provocar seja lá o que for.

“Depende das situações e se nós os tentarmos acalmar o ambiente fica mais calmo.... Interferem de alguma forma, como estratégias para ultrapassar algumas situações difíceis explico aos outros utentes que se deve ter calma e que aquele utente que é doente de Alzheimer não sabe o que está a fazer. Mas por vezes os utentes sem a doença não entendem. Eu costumo utilizar o diálogo tentando explicar que agem assim devido à própria doença.” (E.D.)

“Segundo o que observo interferem sim com os outros utentes.... Interferem porque são pessoas que ficam muito agitadas e temos vários utentes assim, que andam sempre de um lado para o outro a querer ir para vários sítios e os outros utentes perdem um pouco a paciência porque não entendem o motivo pelo qual agem dessa forma. No entanto eu tento explicar aos utentes sem a demência de que é uma doença e que eles não fazem aquilo por mal e até se esquecem do que fizeram. É muito complicado para os fazer entender.” (E.E.)

A não-aceitação de convívio pelos clientes sem a demência, com os clientes com demência, pode provocar exclusão social, marginalização dentro do próprio Lar, pois o cliente com demência nos momentos de lucidez apercebe-se que os outros não estão a interagir com ele, levando-o a isolar-se no seu cérebro, e sofrendo, pois ninguém quer estar ao seu lado.

“Talvez os outros clientes não aceitem e não compreendam... Interferem porque são utentes que provocam inquietação aos utentes sem a doença, que ficam agitados ao vê-los mais alterados, pois não conseguem perceber e pensam que os doentes com Alzheimer têm aquele comportamento porque querem.” (E.F.)

Como já referido por outros entrevistados a perceção que existe é que ao mesmo tempo que existem momentos de tensão, estes são também acompanhados pela compaixão.

“Podem causar pena nos outros utentes que não têm a doença, porque esta para quem não a conheça, pode pensar que é outra coisa qualquer e não têm noção. Também depende de como estão os doentes de Alzheimer... Interferem porque quando estão mais agressivos provocam apreensão nos utentes que não têm a doença, deixando-os também mais preocupados, pois alguns pensam que lhes pode também acontecer a eles.” (E.G.)

Causam impacto negativo, não só ao nível das oscilações comportamentais, mas também, provocam o aparecimento de revolta, pois sentem que se presta mais atenção, cuidados aos clientes com demência do que a si próprios.

Surge o ciúme alicerçado à insegurança, angústia, desconfiança, rejeição, medo, entre outros. Embora o ciúme seja um sentimento integrante da vida do homem, naturalmente, ele envolve todas as relações humanas. Há indivíduos que conseguem lidar de forma positiva com o ciúme, enquanto outros não controlam tal sentimento (Buss, 2000).

O que quer dizer que por mais que se demonstre que são todos tratados conforme as suas características, especificidades, não compreendem, e reclamam por vezes atenção através de comportamentos chamativos, recusam alimentar-se sozinhos, para que os colaboradores lhes administrarem o mesmo na boca.

“Alguns causam impacto negativo nos outros clientes que não têm a doença. E nós tentamos explicar-lhes e alguns utentes não entendem que os utentes com Alzheimer não fazem determinadas coisas devido à doença...: Existem utentes que sentem ciúmes dos doentes com Alzheimer, pois nós pegamos-lhe nas mãos para que nos acompanhem e alguns utentes chamam-lhes meninos, aí explica-mos que ainda lhes pode acontecer o mesmo.” (E.H.)

“Penso que por vezes estes causam algum impacto sim... Os utentes com Alzheimer muitas vezes são mal interpretados pelos outros utentes e têm tendência para criar brigas, pois os outros utentes não têm paciência, e não os compreendem levando a algumas situações por vezes difíceis em que se tem que intervir.” (E.J.)

Pode dizer-se que por vezes, os clientes sem a demência, não entendem os comportamentos dos outros, assim, como a interação entre todos é transformada na maioria das vezes num convívio difícil, pois os clientes portadores da demência de Alzheimer interferem com os outros clientes, causando instabilidade não intencional.

Ao causarem instabilidade, estimula a presença do conflito, este é resolvido através de dinâmica de grupo, para que os clientes sem a demência, compreendam que o colega que ali está sentado não quer atacar nem interferir com ninguém, mas debate-se com o desconhecido, com as alucinações que ele próprio tem, no entanto, embora exista esse trabalho, aparece a incompreensão na mesma e alegam que os clientes com a demência de Alzheimer podem fazer tudo e que estão sempre desculpados.

2.2.2. Vantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência

Todos os seres precisam de conviver, seja em que época, espaço for. O facto é que existem vantagens associadas ao convívio, enunciando-se a comunicação, estimulação, contacto com várias realidades, culturas, tradições e todo o conhecimento que daí se recolhe, segundo Nascimento et Al, (2010) *“...o seu marido, precisa que conversem com ele, que lhe mostrem que ele ainda é importante... por vezes os cuidadores estão sobrecarregados... desmotivados...”* (Nascimento,2010:91)

Quando o convívio não acontece, o individuo faz um retrocesso na sua aprendizagem, e perde mais rapidamente todo o aprendido de uma vida, é como se o mesmo já não estivesse presente em determinado espaço.

Todos necessitamos de comunicar, por forma a podermos continuar na sociedade ao nosso redor. Por isso existe uma socialização.

“Ao nível das vantagens, tem a ver com a socialização que vão efetuando junto dos utentes que não tem a doença, pois estão em convivência com os outros e não estão isolados.” (E.D.)

Possibilita deste modo o contacto com a realidade durante mais tempo e uma conversação com raciocínio lógico, tendo como indicador a magnificência da troca de informação. Observável na opinião que se segue.

“As vantagens para mim e que se estiverem ao pé de um utente sem a doença podem conversar com este.” (E.H.)

Num Lar de idosos, perante as vantagens de convívio entre clientes com a demência e sem a demência, o colaborador entrevistado alega que é importante a interação existente entre estes dois grupos, uma vez que os clientes sem a demência, sentem-se muitas vezes úteis com pequenos gestos de auxílio que lhes prestam.

“Quanto a vantagens, penso que todos juntos socializam mais, pois aqui no lar existem alguns mais capacitados. Estes conseguem ainda ajudar os doentes de alzheimer e com isso sentem-se uteis.” (E.A.)

Contemplando a socialização, importa também realçar a entreajuda. Pois os clientes que têm capacidade cognitiva sentem-se úteis e gostam de ajudar os clientes que têm a demência de Alzheimer, encaminhado para o refeitório, para as barbas, contribuindo positivamente para o estímulo de ambos.

Outro menciona que,

“É sempre importante, porque proporciona convívio com os doentes de alzheimer, podendo assim estimular as capacidades que ainda Têm, e ficam mais bem-dispostos, porque têm pessoas com quem falar, pois gostam muito de conversar, de companhia.” (E.B.)

O facto de estarem em convívio, com os clientes que não têm a demência, leva os mesmos a sentirem que são aceites e que estão integrados.

“Num ponto é bom, porque estes utentes com a doença de Alzheimer sentem-se mais integrados junto com os outros...” (E.C.)

“... interação para o doente de Alzheimer acaba por ter vantagens, estando este em contacto com os utentes que não têm a doença, podem ver o seu comportamento e isso talvez os ajude, os estimule e acalme.” (E.F.)

“As vantagens para mim é que se estiverem ao pé de um utente sem a doença podem conversar com este, mesmo não sabendo do assunto que estão a falar, mas falam.” (E.I.)

“As vantagens para mim são a interação entre os utentes, quando não há conflitos.” (E.J.)

Mediante diversas opiniões alusivas às vantagens de convívio entre clientes com a demência em análise e sem a mesma, pode dizer-se que a maioria considera que contribui para uma maior socialização, convívio, e interação.

No entanto, existem outros fatores ligados ao convívio que acarretam desvantagens e que são referidas no ponto que se segue.

2.2.3. Desvantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência

Assim, no que se refere às desvantagens do convívio entre clientes com a demência, com clientes sem demência considera-se que,

“Quanto às desvantagens, existe sempre a questão dos conflitos.” (E.A.)

“As desvantagens são os conflitos existentes... alguns não entendem” (E.H.)

“As desvantagens são o oposto, são a existência de conflitos.” (E.J.)

Estes conflitos farão sempre parte de todos os relacionamentos humanos, até porque é característica imutável. Contudo, leva a sentimentos de mal-estar entre todos os intervenientes.

De acordo com mais opiniões é mencionado que,

“... desvantagens prendem-se com os utentes sem a doença não entenderem a mesma.” (E.D.)

“... desvantagens são as perdas de paciência que às vezes provocam nos clientes sem a doença.” (E.E.)

“Ao nível das desvantagens é porque os utentes sem a doença de Alzheimer não compreendem, não aceitam e zangam-se.” (E.F.)

Ao não compreenderem o porquê de determinados comportamentos, tal como referido já anteriormente, os clientes sem a demência não aceitam os porquês e zangam-se. Podendo inclusive ameaçar os outros como se o outro tivesse culpa da sua ação. Ou então pode zangar-se também, porque o outro (doente de Alzheimer) parece que está a zombar dele, pois não o reconhece.

“... desvantagens, quando os doentes de Alzheimer não reconhecem os outros utentes, pode causar um impacto negativo nestes, “mas porque é que ele agora não me conhece”, dizem.” (E.G.)

“As desvantagens é que podem perturbar os outros com comportamentos ou atitudes... (E.I.)

Relatando as desvantagens do convívio entre clientes portadores da demência de Alzheimer, e sem a demência, pode dizer-se que os conflitos e a falta de compreensão, paciência, tolerância, fazem com que essa mesma interação não seja bem aceite por alguns dos intervenientes.

Mas apesar das desvantagens que são algumas e das vantagens, tudo contribui na sua íntegra para que se escolha o bem-estar e a qualidade de vida de todos os habitantes do lar de idosos.

2.3. INFLUÊNCIA NAS DINÂMICAS QUOTIDIANAS DO LAR

Não é tarefa nada fácil cuidar de indivíduos portadores de demência de Alzheimer, pois exigem muito quer física, quer emocionalmente. Este ato de cuidar é muitas vezes frustrante, e doloroso.

Algumas vezes e erradamente, com o acumular de stress diário, e mesmo quem cuida com gosto destes clientes, tem posturas incorretas, de forma a intimidar o cliente, pensando que assim

se consegue fazer com que o mesmo entenda o que lhe está a ser solicitado. Mas, o cuidador segundo Phaneuf, (2010) deve evitar ameaçar, coagir, e constranger o doente de Alzheimer, pois estas atitudes podem ser entendidas como agressão ou violência pelo próprio, que muitas vezes se recusa por exemplo, entre outras coisas a tomar a medicação, refilam, escondem os medicamentos ou cospem os mesmos. Quando situações idênticas acontecem, o correto a fazer é procurar a explicação para essas atitudes.

Certo é que embora não seja intencional, os clientes com a demência de Alzheimer interferem nas dinâmicas quotidianas do lar, visto que através dos seus comportamentos levam os colaboradores a estarem mais vigilantes perante determinadas situações, e as tarefas que tinham adstritas para desenvolverem, são feitas de forma mais superficial.

Os colaboradores que participaram nas entrevistas afirmam que,

“Necessitam de mais tempo para eles, para serem auxiliados... Só deveria existir uma equipa para trabalhar com estes utentes pois temos muitos casos de doentes com Alzheimer. Esta equipa deveria ser formada para ter capacidade na realização de cuidados aos mesmos a todos os níveis.” (E.B.)

Por vezes influencia, principalmente quando querem ir embora e não têm noção dos despropósitos que a doença os faz fazer, logo,

“... umas vezes vão embora, outras vezes querem ir para um lado e vão para outro, fazem também as necessidades em todo o lado, logo temos que estar constantemente atentas... constante vigilância. Mesmo assim é só preciso estarmos um segundo distraídas com outras tarefas e lá vai um a fugir.” (E.D.)

Depreende-se que os colaboradores têm algumas dificuldades, quando têm que lidar com uma tarefa a mais do que as que tinham inicialmente programadas, e afirma que:

“Às vezes temos que “perder tempo”, para estar um bocadinho mais com os doentes com alzheimer, para que fiquem mais sossegados ou para os levar à casa de banho... Quando estamos com estes doentes não estamos a fazer outros serviços que também nos competem. Mas estes utentes dão uma alegria à casa com a sua maneira particular de ser muito própria da patologia.” (E.E.)

O facto de os colaboradores dizerem que estão a perder tempo, não pode ser entendido no sentido pejorativo da palavra, mas sim como uma tarefa a mais que têm que desenvolver, sendo essencial prestar atenção ao cliente, por forma a angariar a sua confiança, e modelo de referência.

Outro dos participantes no estudo menciona que,

“Influência, no sentido de estarmos mais atentas e centradas neles... Quando estamos com estes doentes a outra tarefa que estávamos para desenvolver tem que ficar de lado para dar mais atenção ao utente que necessita.” (E.F.)

Nesta ótica,

“Por vezes quando temos que fazer o serviço e estes utentes querem fugir, temos que parar o que estamos a fazer e estar um bocadinho a falar com eles e por vezes levamos-los connosco... Se estamos com o utente com Alzheimer deixamos o que estamos a fazer, e retomamos a mesma quando houver possibilidade, tentando que estes utentes fiquem entretidos.” (E.G.)

Constata-se, que sempre que é necessário prestar mais apoio, supervisão, as outras tarefas ficam por fazer, não descuidando assim o bom tratamento ao cliente, pois o fator comunicação é crucial para o seu bem-estar.

“Influenciam sim... Dá-me vontade de falar mais com eles. Existe um dos utentes com Alzheimer que estando muito agitado, e se estamos a varrer ele quer ajudar. Nós damos-lhe uma vassoura para a mão e ele anda ao pé de nós. Para lhes estar a dizer que não ficam piores.” (E.H.)

Ou seja, a ocupação, a estimulação são importantes, pois é uma forma de se manterem mais calmos. Quando lhes é solicitado a ajuda, eles colaboram dentro da medida das suas potencialidades. No entanto, a cada dia que passa os clientes começam “... a pedir mais ajuda ... para realizar algumas tarefas quotidianas...” (Nascimento,2010:51).

Através do exposto, subentende-se que os funcionários, reconhecem que, para que os clientes com a demência de Alzheimer não influenciem nas dinâmicas quotidianas do Lar, é necessário mais tempo para cuidar destes, uma atenção redobrada para evitar fugas e algumas condições para salvaguardar a sua segurança.

Quando estão a interagir com estes clientes, não podem exercer/desempenhar tarefas também necessárias para a boa qualidade dos serviços prestados.

2.4. SUGESTÕES

De forma a ser possível que os serviços tenham qualidade foram tecidas várias sugestões de intervenção, melhoria, quer no meio ambiente, no espaço onde os clientes com a demência de Alzheimer estão inseridos, e a outros níveis, observando-se o mesmo pelas respostas obtidas através da entrevista aos colaboradores que fizeram parte da amostra.

Através de tudo o que foi exposto até ao presente neste documento, chega-se a diversas interrogações e questões. Pode dizer-se que no campo também da neurologia surgem algumas perguntas, logo quando questionado o que fazer a este neurologista, (Molinuevo,2014) quando surgem alguns desequilíbrios psíquicos em que existe a desordem neurológica que conduz à perda de capacidades de realizar alguns movimentos e ou gestos precisos.

O mesmo aconselha que “... a ação mais correta passa sempre pelo equilíbrio e pela equanimidade. Devemos agir sempre de forma ponderada e equilibrada, [se explicarmos ao mesmo onde esteve e se este mesmo assim insistir que é invenção nossa, e se continuar a negar, não adianta estar a desencadear a agitação neste], a sua realidade intimamente percecionada é que não se lembra disso e a sua vivência é aquilo que lhe aconteceu.” (Molinuevo,2014:97)

Focando-nos agora nas respostas obtidas descreve-se que,

“Eu penso que deveríamos deixar a pessoa ser autónoma. Até o utente conseguir, era importante o mesmo fazer os seus cuidados básicos, como o lavar, vestir, pentear, a pessoa tentar arranjar-se, porque as mulheres por exemplo, gostam de se pintar, colocar fios. Deveria deixar-se as mesmas por iniciativa própria fazer isso. No caso dos homens, também na atividade de fazer a barba deixar os mesmos irem fazendo a mesma enquanto podem. Pois é importante estimular permitindo até quando possíveis que seja o próprio a efetuar de forma a sentir-se autónomo, pois de outra forma sentem-se inúteis, permitindo-lhes também estarem ocupados. A pessoa começa a perder capacidades e de repente perde tudo, já o vestem, lavam. É importante a autonomia. Contudo, deverá existir a vigilância, pois existem pessoas que são capazes de se vestir, mas em vez de vestir a camisola interior primeiro, vestem a mesma depois. Deveria haver tempo para isso, porque às vezes é o que faz falta. Uma senhora que temos cá, se existisse tempo, de manhã se lhes fossem dizendo agora vai-se vestir, veste, isto, aquilo, ela continuaria a efetuar essa

atividade, mas algumas vezes isso não acontece, levando ao sentimento de inutilidade.”. (E.A.)

De facto é bastante importante que o individuo perpetue no tempo a sua independência dentro dos possíveis, desde que não se coloque em causa a sua segurança e integração física, nem a segurança de terceiros.

Logo,

“O utente deve ser autónomo até conseguir. Temos que aproveitar tudo o que a pessoa sabe e consegue fazer e nós estamos cá para fazer o que o utente não consegue, ou não quer fazer. A minha forma de atuar é fácil, pois são utentes que à partida já conhecemos, alguns já cá estão há muito tempo, sei o que precisam. No entanto se vêm algum de novo, estudo o mesmo no início para ver até onde é que consegue chegar, e executar, mas também o que não consegue fazer. É a partir daqui que eu sei o que consegue ou não fazer ajudando o mesmo no que está incapacitado talvez por uma questão de revolta, que faz com que o mesmo não colabore. Penso que algumas vezes a revolta que se faz sentir deve-se à entrada num sítio que por vezes não conhecem, nem têm ligação com o lugar, e estão num espaço que não é o deles e até que se ambientem e comecem a conhecer as pessoas ao seu redor, leva tempo para a sua adaptação.” (E.C.)

“Eu acho que devemos estimular o utente para que ele possa ser autónomo, no que consegue fazer. Devemos deixar o utente com a doença de Alzheimer fazer algumas tarefas, como é o caso de permitir que o mesmo coma sozinho, para que este ainda se sinta útil e não fica dependente tão depressa. Temos alguns utentes com a doença de Alzheimer que ainda conseguem alimentar-se sozinhos, mas connosco a observar, levando-os a sentirem-se muito melhores.” (E.F.)

Esta sugestão relativa à estimulação do cliente/utente é basilar, pois este quando estimulado, faculta a prorrogação das suas capacidades ao nível da memória de longo prazo, dando menos trabalho, implicando menos tempo na tarefa.

“Acho que o utente deve ser autónomo. Os que conseguem realizar tarefas, devemos deixá-los continuar e estimular os mesmos, ajudando-os a realizar algumas para permanecerem mais tempo autónomos.” (E.I.)

“Eu acho que devemos deixar os utentes serem autónomos, mas com acompanhamento.” (E.J.)

Nos discursos de alguns participantes no estudo, refere-se ainda ser importante mais,

“Formação, não sou só eu, mas todos os cuidadores. Acho que por vezes estes clientes são um público difícil e as funcionárias sentem-se um pouco perdidas, pois não sabem como hão de reagir e atuar em certas situações que acontecem. Um dia destes, vi uma utente com demência de Alzheimer que não queria ir almoçar. E agora obriga-se ou deixa-se a mesma sem almoçar? Para mim, e para as outras funcionárias é um pouco complicado, pois estas não sabem muito bem como hão de agir. Continuo a dizer que a formação era muito importante.” (E.A.)

Esta formação é crucial e obrigatória para quem exerce cuidados. Existe o interesse revelado, de participação em ações de formação que permitam a aquisição de mais conhecimentos sobre como trabalhar com estes clientes a vários níveis, sejam eles cuidados de higiene, animação, alimentação e aprender a gerir os momentos de agitação e agressividade que afeta alguns dos clientes com a demência de Alzheimer.

O conhecimento da doença é fundamental, pois promove a melhoria da qualidade de cuidados prestados aos clientes assim como promove o seu bem-estar.

Existe a necessidade de desenvolvimento de ações de intervenção com os colaboradores, visando não só a promoção de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de estratégias que promovam os cuidados.

Evidencia-se a importância de realizar o levantamento das necessidades e expectativas dos colaboradores, por forma a desenvolver programas de intervenção, por forma a alcançar resultados concretos motivando os colaboradores a alterar os seus comportamentos, postura e atitudes.

“A nível da formação, deveríamos procurar outras instituições que já têm muita prática nesta demência e que podiam ajudar as instituições a este nível de boas práticas. Eu como profissional gosto de estar sempre informada e tentar melhorar sempre todos os dias.” (E.B.)

É também abordada a importância de uma melhor preparação.

“... se houvesse uma preparação ainda melhor, formação nesta área, poderia ajudar mais e depois tem que haver muita paciência e muita vontade, e também humanismo no cuidar pois estamos a cuidar de um ser humano. Hoje é ele e amanhã podemos ser nós. Por vezes há funcionárias que se esquecem e outras pessoas que pensam que ficam sempre novas e que nunca chegam nem a velhas nem a doentes. Até os próprios idosos, os que estão melhores não desculpam as atitudes dos utentes doentes de Alzheimer, porque acham que nunca vão ficar assim, e comentam “eu estou bem da minha cabeça e aquele está maluquinho”, mas não é assim, pois a maior parte deles descamba.” (E.C.)

O enfoque nas formações contínua patente,

“Por vezes mais formação, pois estas ensinam-nos muitas coisas e estamos todos os dias a aprender porque todos os dias a ciência está a evoluir e quanto mais formações tivermos melhor para nós e para os utentes.” (E.D.)

“Também como também acho importante uma formação na área para poder expandir os meus conhecimentos” (E.I.)

“Necessitava de formação, pois os métodos que utilizo podem não ser os mais corretos, pois nunca tive formação a este nível.” (E.J.)

Aparecem algumas questões no âmbito do cuidado ao cliente e o que será considerado eticamente correto.

Alguns colaboradores tentam através de estímulos e incentivos, embora em muitos casos inviáveis, dar ao cliente com a demência de Alzheimer rotinas permitindo que essas sejam esquecidas mais tardiamente.

“Nós tentamos fazer com que este utente com esta demência faça o que ainda é capaz de realizar. Porque assim vai atrasar o seu declínio e propaga no tempo as suas capacidades, independentemente de fazer bem ou mal, mas deixa-se o mesmo fazer. Se faz mal nós vamos por trás e corrigimos, é uma forma de estimular os mesmos nas tarefas de vida diárias de alguma forma.” (E.B.)

São também feitas referências à forma de agir, onde se menciona que,

“Com calma. Não os devemos substituir em todas as tarefas. Se eles estão a comer de forma errada, devemos mesmo assim deixá-los comer, porque vão acabar por perceber que estão a fazer mal. Se estão a comer com a colher ao contrário, acabam por perceber. No entanto estão a fazer um exercício, pois o cérebro está a funcionar. Se lhes fizermos tudo, ficam mais dependentes.” (E.D.)

Tal como o anterior entrevistado também este acha que deve agir,

“Com muita calma, carinho e atenção. Devemos estimular o utente a fazer as coisas como fazia no seu dia-a-dia, porque se o impedirmos de fazer todas as tarefas, o raciocínio ainda vai ficar pior, mesmo a nível motor também vão ficar muito mais parados e acabam por ficar acamados, tornando-se completamente dependentes se não forem estimulados. Eu quando faço higiene digo sempre: “agora vamos lavar a cara” e eles ajudam e vão também limpando-se, assim como colaboram também no vestir. Tento que mantenham a rotina diária a que estavam habituados a fazer em casa.” (E.E.)

“Com calma, pois se agirmos bruscamente é pior e eles fazem o contrário do que pedimos. É melhor deixar o utente ser autónomo, mas ajudá-lo quando

precisa, para que ele não se sinta inutilizado e para não ficar dependente dos outros.” (E.G.)

È evidente que quando se trabalha com ponderação, moderação nos atos e interação o cuidado ao outro, funciona muito melhor, pois se este se encontra já agitado, e se se gritar com o mesmo isso vai alterá-lo ainda mais, levando a que por vezes se tenha que desinvestir por momentos do mesmo, até lhe passar a fase crítica. Depois ele já nem se lembra do que aconteceu.

Considerando as palavras, opinião deste entrevistado, verificamos que associado ao mencionado anteriormente e ao reconhecimento da necessidade de formação, também seria de extrema importância um grupo de profissionais preparado para intervir com o grupo-alvo em análise.

“Talvez haver um grupo de auxiliares mais focado naqueles utentes com Alzheimer, até porque muitas vezes eles com os outros utentes entram em conflito, porque não sabem o que estão a fazer. Também acho que seria muito importante uma formação nesta área, pois necessito para entender melhor e ter mais conhecimentos sobre pormenores para trabalhar com eles.” (E.E.)

Este entrevistado vai mais longe nas suas sugestões, menciona que a falta de tempo ou a falta de aptidão para a profissão, impedem o exercício do bom atendimento ao cliente, nesta perspetiva existe trabalho a fazer, passando este pela seleção de colaboradores com perfil e características compatíveis ao nível de sensibilidade, humanismo, humildade para trabalhar com estes indivíduos.

“Às vezes há talvez falta de tempo, e outras vezes também depende das funcionárias, porque ou não gostam do que fazem ou não têm aquele à vontade. Poder-se-ia melhorar este atendimento ao cliente da parte de algumas funcionárias, pois o utente não deve ser forçado a comer à força e a empurrar o comer. Isso deveria ser melhorado. A hora das refeições é uma hora de prazer e de saciar, de estar sossegado. O melhor a fazer era algumas funcionárias não se preocuparem tanto com as horas, apesar de existirem tempos a ser respeitados. Contudo, consegue-se administrar a alimentação devagar e a horas na mesma, evitando correrias, trapalhadas, dependendo da

colaboração entre as funcionárias. Tem que se trabalhar alguns funcionários que estão na instituição.” (E.F.)

Além do referido, o cliente com Alzheimer não pode ficar entregue a si próprio, necessitando de estimulação sensorial, auditiva, visual, e mais disponibilidade por parte dos colaboradores para os ouvir, para dar passeios embora sejam curtos, mas permitem que o músculo não dilate, e deixe de andar imediatamente.

“Não deixar os mesmos sozinhos, estimulá-los com atividades, poderem fazer umas pequenas tarefas desde que não requeressem esforço, falar com eles, dar passeios, deixá-los vestir-se sozinhos até conseguirem. Era importante também ter mais tempo para lidar com os mesmos e dar-lhes mais atenção.” (E.G.)

O doente de Alzheimer tem dificuldade na comunicação, na expressão do sentimento e do pensamento, logo não pode ter sucesso na comunicação verbal, mas a comunicação não-verbal se estivermos atentos expressa muitos sentimentos, mesmo através de um simples olhar. Assim não se deve contrariar o doente de Alzheimer, mas ir explicando sempre de forma clara, utilizando frases curtas, dependendo do estágio em que este se encontra de forma a entender o que lhe é comunicado. Claro que enquanto for possível há que deixar este doente exercer as suas próprias tarefas, até porque lhes permite movimentarem-se e não entrarem logo dentro do sedentarismo.

Pois no entendimento deste entrevistado,

“Acho que não se devem contrariar, eu não o faço. Acho que não se deve substituir o utente com Alzheimer em todas as tarefas, porque eles também gostam de participar, quando estão ainda um pouco capacitados.” (E.H.)

Reposta-se novamente para a importância da comunicação em que a opinião evidente é a falta de diálogo com estes doentes e que é bastante importante, o restabelecimento da mesma para que estes se possam manter ligados à realidade até mais tarde.

“Acho que deveria conversar-se mais com eles, porque nunca falam muito, eu quando me encontro ao pé dos mesmos, costumo falar com eles.” (E.H.)

Depois do mencionado, é fundamental compreendermos que cuidar de alguém é uma tarefa nobre, porém complexa, interposta por sentimentos diversos e contraditórios.

O contacto, trabalho, interação, sentimentos de medo, angustia, desespero, ira, com os clientes portadores de Alzheimer, leva ao limite muitas das vezes os colaboradores que contactam diariamente com estes doentes.

É inevitável que os colaboradores afetos ao cuidado, precisem de se distanciar por algum tempo, para conseguirem manter-se mentalmente capacitados para o cuidado.

SINTESE FINAL

Almejando propiciar uma visão sintetizada alusiva ao conhecimento que os colaboradores detêm em relação à demência de Alzheimer no âmbito em estudo, bem como das dimensões que surgiram da análise, construímos a Matriz de codificação n.º 1 (anexo VI), referente a estas categorias, que apresentamos em seguida.

Esta permite-nos uma análise mais coerente e aprofundada, facultando a observação através das categorias que estiveram em análise durante toda a investigação.

(CAT1) – Conhecimento da doença de Alzheimer, que remete para a Dimensão 1 (D1) – Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Constata-se que de acordo com as respostas adquiridas nas diversas entrevistas, a maioria associa sempre a demência de Alzheimer à perda de memória ou esquecimento, característica que é mais saliente.

Categoria 1		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Conhecimento da doença de Alzheimer	Não sei nada								x			1
	Tenho alguma informação			x			x				x	3
	Deterioração das Células Cerebrais/	x	x		x						x	4
	Perda de Memória/Esquecimento		x		x	x	x	x	x	x		7
	Demência							x				1

Quadro nº 1 – CAT1 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT2) Capacitação para os cuidados, que remete para a Dimensão 1 (D1) – Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Observa-se, pela análise do quadro nº 2, que se segue e mediante as respostas entendidas, através das várias entrevistas aplicadas que os colaboradores ao serviço na instituição sentem-se capacitados para cuidarem de clientes com a demência de Alzheimer.

Categoria 2		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Capacitação para os cuidados	Às vezes	x										1
	Sentem-se capacitados		x			x	x	x	x	x	x	7
	Necessidade de Formação			x				x				2
	Depende do utente				x							1

Quadro nº 2 – CAT2 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT3) – Tarefas do Quotidiano de trabalho, remete para a Dimensão 1 (D1) – Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Constata-se que as tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar, são sem dúvida a interação com os utentes.

Categoria 3		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar	Interação com os utentes		x		x	x	x	x		x	x	7
	Apoio nas A.V.D's		x	x		x	x					4
	Todas								x			1

Quadro nº 3 – CAT3 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT4) – Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano, que remete para a Dimensão 1 (D1) – Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Pode dizer-se que a agressividade ou agitação dos clientes, levam a que os colaboradores que cuidam destes se debatam com certas dificuldades no trabalho quotidiano diariamente, como se percebe pelo quadro nº 4 retirado das respostas obtidas das entrevistas.

Categoria 4		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Necessidades e dificuldades sentidas	Agressividade/agitação	x	x	x	x	x					x	6
	Recus. part. atividades	x	x	x			x					4
	Prostração	x										1
	Fuga		x									1
	Interação/Comunicação		x			x				x		3
	Formação						x					1

Quadro nº 4 – CAT4 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT5) – Percepção acerca das necessidades do cliente, que encaminha para a Dimensão 1 (D1) – Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Mediante o quadro nº 5, retirado da síntese da Matriz de codificação, é notório pelas respostas que foram possíveis de apurar, que as colaboradoras têm uma percepção alusiva às necessidades que seriam importantes colmatar, aludindo mais interação com os clientes portadores de demência de Alzheimer, a necessidade de mais atenção e de companhia.

Categoria 5		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Percepção acerca das necessidades do cliente	Acompanhamento médico adequado	x										1
	Supervisão/mas movimentarem-se livremente	x										1
	Mais interação/ Atenção/Companhia/		x	x	x	x	x	x		x	x	8
	Musica		x									1
	Tempo para os mesmos		x	x				x				3
	Falta de carinho				x							1
	Não alterar regras abruptamente						x					1
	Compreensão/Estimulação							x	x			2

Quadro nº 5 – CAT5 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT6 + 14) – Influência no comportamento dos profissionais, que remete para a Dimensão 1 (D1) – Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Percebe-se que na maioria das respostas obtidas, observável no quadro nº 6, que os colaboradores que cuidam de doentes com alzheimer começam a ter mais sensibilidade para a demência. Provocando evidentemente alterações e influência no seu comportamento.

Categoria 6+14		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Influência no comportamento dos profissionais	Indiferença		x	x						x	x	4
	Passividade	x							x			2
	Frustração	x		x							x	3
	Dificuldade em enfrentar Devido ao aparecimento precoce	x										1
	Sensibilidade para a demência		x			x	x	x	x	x		6
	Mais despertos na alteração de comportamentos		x		x		x					3
	Desvaloriza		x	x								2
	Funcionários só focados para trabalhar com estes doentes de Alzheimer					x						1

Quadro nº 6 – CAT6+14 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT7) – Cuidados diferenciados, que remete para a Dimensão 1 (D1) – Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Constata-se que a maioria das respostas obtidas através das entrevistas aplicadas, aos envolvidos na investigação, e observável no quadro nº 7, apontam para um acompanhamento diferenciado ao cliente com a demência de Alzheimer, talvez pela especificidade desta doença.

Categoria 7		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Cuidados diferenciados	Depende das situações	x								x	x	3
	Condições de acolhimento	x									x	2
	Espaço adequado	x			x							2
	Atendimento personalizado	x						x			x	3
	Acompanhamento diferenciado			x		x	x			x	x	5
	Profissionais mais disponíveis									x	x	2

Quadro nº 7 – CAT7 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT9) – Articulação entre a equipa multidisciplinar, que remete para a Dimensão 1 (D1) – Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

É importante salientar a existência de articulação entre a equipa multidisciplinar na Instituição apontando esta para o bem-estar do cliente e conforme as respostas obtidas através das entrevistas aplicadas, os colaboradores na maioria funcionam em conjunto. É possível aferir a mesma informação no quadro nº 8.

Categoria 9		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Articulação entre a equipa multidisciplinar	É emergente a constituição de uma equipa multidisciplinar para trabalhar com estes clientes	x	x									2
	Os funcionários na maioria funcionam em conjunto			x	x	x	x	x	x	x	x	8

Quadro nº 8 – CAT9 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT8 + 10) – Sugestões de melhoria nos cuidados Dimensão 1 (D1) – Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer.

Esta categoria permite saber as três principais sugestões recomendadas pelos colaboradores, sendo aferido que se deve deixar o cliente ser autónomo, mas vigiando o mesmo, assim como o mesmo também deve ser estimulado, talvez para não perder abruptamente algumas capacidades,

apontando ainda para a formação, esta é essencial a todos os níveis uma vez que sem a mesma não é possível prestar um serviço que assente na qualidade, eficiência e profissionalismo.

Categoria 8+10		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Sugestões	Deixar o cliente ser autónomo, vigiando-o	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
	Estimular o cliente	x	x	x	x	x	x	x	x		x	9
	Mais tempo para os cuidados	x					x	x		x		4
	Formação	x	x	x	x					x	x	6
	Redução de clientes	x										1
	Mais supervisão										x	1
	Mais humanismo/interação			x		x	x		x			4
	Funcionários só focados para trabalhar com estes doentes de Alzheimer					x						1

Quadro nº 9 – CAT8+10 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT1) – Perceção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes, que remete para a Dimensão 2 (D2) – Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer.

Alega-se que na maioria os entrevistados têm a opinião de que os clientes que não são portadores de demência de Alzheimer não entendem o comportamento dos clientes com a demência de Alzheimer.

Categoria 1		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Perceção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes	É difícil, os clientes com Alzheimer interferem com os outros	x		x	x	x		x				5
	Os clientes não portadores da demência não entendem o comportamento dos outros	x	x		x	x	x	x	x		x	8
	Conflitos	x								x	x	3
	Falta de paciência por parte dos clientes não portadores da demência		x			x					x	3
	Não são bem recebidos pelos clientes não portadores da demência			x								1

Quadro nº 10 – CAT1 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

(CAT2) – Vantagens/desvantagens no convívio relaciona-se com a Dimensão 2 (D2) – Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer.

Pode dizer-se que em relação às vantagens apontadas pelos colaboradores participantes no estudo, e tendo como base a resposta à questão aplicada na entrevista é plausível que existam dois focos. Um refere-se à vantagem da socialização que leva ao convívio e a outra com a interação. Face às desvantagens apontadas para o convívio entre clientes com a demência e sem a demência infere-se a falta de compreensão, paciência por parte dos clientes que não são portadores de demência face aos que são portadores de Alzheimer, que leva à ocorrência de conflitos.

Categorias		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
Vantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência	Socialização/Convívio	x	x		x				x	x		5
	Interação			x			x		x	x	x	5
	Estimulação de capacidades		x				x	x				3
	Ajuda/Orientação			x		x						2
Desvantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência	Conflitos	x							x	x	x	4
	Stress		x									1
	Medo		x									1
	Falta de Compreensão/Paciência				x	x	x	x				4
	Perturbam os outros clientes			x						x		2

Quadro nº 11 – CAT2 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

Dimensão 3 (D3) – Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar. Nesta dimensão é visível a existência de três opiniões equiparadas em termos de validade.

Os clientes com a demência de Alzheimer exercem influência nas dinâmicas quotidianas do lar, pois existe uma necessidade de mais tempo para cuidar destes, devido à especificidade da sua patologia, necessitam de uma atenção redobrada para evitar fugas e qualquer circunstância, acontecimento que coloque em causa a sua segurança e integridade física.

Também é referido que quando os colaboradores estão a interagir com os clientes com a demência de Alzheimer, não desempenham outras tarefas também necessárias num dia de trabalho.

Categorias		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Total
	Não influencia			x						x		2
	Alteração do espaço e rotinas quotidianas	x									x	2
	Depende do cliente, do seu comportamento										x	1
	Necessidade de mais tempo para cuidar destes clientes		x			x			x			3
	Atenção redobrada para evitar fugas e algo que coloque a sua segurança em causa				x		x	x				3
	Quando estamos a interagir com estes clientes não estamos a desempenhar outras tarefas também necessárias					x	x	x				3

Quadro nº 12 – D3 (Fonte: Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8)

CONCLUSÃO

A sistematização das informações recolhidas é primordial ao estudo, permitindo a análise e discussão de ideias, respeitantes à institucionalização do idoso com alzheimer: impactos no trabalho quotidiano percebidos pelos cuidadores de um lar de Idosos, uma vez que são raros os trabalhos existentes sobre este tema.

No entanto, é crucial considerar outras questões mais vastas que estão associadas ao referido, entre elas, a visão que os profissionais que trabalham com esta população alvo, têm acerca do seu papel, possível mediante a percepção dos mesmos, relativa aos impactos sentidos, experienciados e observados por estes profissionais no desenvolvimento do seu trabalho quotidiano.

Expõem-se as conclusões a que foi possível chegar, podendo dizer-se que os impactos no trabalho quotidiano percebidos pelos cuidadores de um lar de idoso quando questionados sobre os cuidados a prestar aos clientes com a demência de Alzheimer, exprimem a dificuldade em gerir situações de stress dos clientes portadores da demência em análise, sentindo dificuldade nos momentos de agressividade e agitação, devendo estas incongruências, ser trabalhadas, permitindo-lhes estarem mais atentos e despidos para essas situações sabendo-lhes dar resposta.

Constata-se que, na globalidade, o conhecimento alusivo à demência em análise deverá ser trabalhado. Existem algumas menções relativas ao conhecimento científico, mas de prática, atuação não são ainda suficientes. Sabem que existe perda de memória/esquecimento, deterioração das células cerebrais, porém não conseguem identificar os motivos da perda ou deterioração.

Percebe-se a curiosidade manifesta na aquisição de conhecimento, por pesquisa ou por familiares que padecem da mesma síndrome, mais evidente quando o nível de habilitações é mais elevado.

Na investigação, a maioria dos entrevistados sentem-se capacitados para prestar os cuidados ao cliente, confirmando-se o mesmo pelas respostas apresentadas, demonstrando uma maior satisfação quando estão em contacto/interação com os doentes de Alzheimer.

De acordo com o mencionado através das entrevistas aplicadas, constata-se que as tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar, passam maioritariamente pela interação direta com os clientes, observável através da forma de atuar, mediante condições adversas ao serviço dito normal.

Quando se está a trabalhar diretamente com o doente de Alzheimer, há que manter uma determinada conduta. Sabendo que nem sempre é fácil, no entanto a ajuda é um suporte à pessoa com perda cognitiva.

Nas respostas mencionadas entende-se que, alguns dos cuidadores compreendem a doença com uma atitude de respeito, carinho, sensibilidade perante os doentes de quem cuidam, sentimento inexistente antes de interagirem com estes clientes, levando à alteração dos seus comportamentos, pois a doença está a surgir também em faixas etárias mais jovens e por vezes, mais jovens que os próprios colaboradores.

Quando o apoio é prestado aos clientes com a demência de Alzheimer, acabam por beneficiar de acompanhamento diferenciado e de atendimento personalizado devido à especificidade da sua doença.

Para atuar, é fundamental, a articulação entre a equipa multidisciplinar constituída por profissionais de várias áreas, que trabalham em conjunto, visando a concretização de um objetivo comum. Esta, só é bem-sucedida se existir uma comunicação efetiva. É fundamental que cada um reconheça o seu papel e o dos outros, bem como as competências de cada um.

A articulação entre a equipa multidisciplinar na Instituição, conduz, ao bem-estar do cliente e de acordo com as respostas obtidas através das entrevistas aplicadas, os colaboradores na maioria funcionam em conjunto.

Constata-se que ao contactarem diariamente com os dois públicos, clientes portadores ou não de demência de Alzheimer, os colaboradores têm uma perceção referente ao impacto que uns provocam nos outros.

Percebe-se que os clientes que não têm demência de Alzheimer, mormente não entendem o motivo do comportamento divergente e conturbado, que os clientes com demência de Alzheimer apresentam, gerando conflitos, levando à intervenção dos colaboradores, por forma a apaziguar os ânimos exaltados. Assim, depreende-se que o convívio entre clientes portadores da demência com os restantes clientes, não é de todo pacífico, existindo conflitos, pois por vezes os clientes com a demência interferem com os outros, sem ser intencional, gerando impactos negativos.

Contudo, contemplando a socialização, importa realçar a entreaajuda. Pois, clientes com capacidade cognitiva sentem-se uteis e gostam de ajudar os companheiros que têm a demência de Alzheimer, ajudando em algumas tarefas do quotidiano, contribuindo positivamente para o estímulo de ambos, gerando impactos positivos.

Depois do exposto, pode dizer-se que os clientes com a demência de Alzheimer exercem influência nas dinâmicas quotidianas do lar, uma vez que requerem mais tempo e disponibilidade,

percebendo-se a premência de atenção redobrada evitando situações, que coloquem em causa a segurança e integridade física do cliente.

Devido aos comportamentos do doente com a demência de Alzheimer, os colaboradores veem a sua responsabilidade acrescida, permanecendo mais vigilantes perante determinadas situações, e as tarefas que tinham adstritas para desenvolverem, são feitas de forma mais superficial.

Quando são exibidas sugestões de melhoria no tratamento e cuidados aos clientes com a demência de Alzheimer é referido que deve deixar-se que o cliente seja autónomo, vigiando-o, e estimulando o mesmo, por forma a permitir mais tempo de vida capacitado, e menos dependente para algumas atividades de vida diárias.

Não é tarefa fácil cuidar de indivíduos portadores de demência de Alzheimer, pois exigem muito quer física, quer emocionalmente.

Quando questionados os entrevistados quanto a sugestões para a melhoria nos cuidados, estes enumeram **três sugestões** principais: **autonomia do cliente** (vigiando o mesmo); **estimulação** (de forma a não perder abruptamente as capacidades que ainda lhe restam); **formação** (essencial a todos os níveis, pois sem a mesma não é possível prestar um serviço que assente na qualidade, eficiência e profissionalismo).

Resta-nos salientar que se procurou contribuir com este trabalho para uma reflexão sobre o idoso com Alzheimer e os seus impactos no trabalho quotidiano percecionados pelos cuidadores de um lar, recomendando-se a realização de outros estudos desta natureza, em outros contextos.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A. P. S., (2011) *Alterações linguísticas na Demência de Tipo Alzheimer - um estudo com doentes em fase inicial*. Universidade de Aveiro (Dissertação)

Alzheimer Portugal, (2009) *Lidar com a doença de Alzheimer*. DECO PROTESTE, Editores, Lda., Lisboa.

Araújo, P. B. (2001) *Alzheimer: o idoso, a família e as relações humanas*. Rio de Janeiro.

Alves, M, A. J. (2001) *O método nas ciências sociais*. In alves-mazzotti; gewandsznajder, Fernando (2001) – *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2ª ed. São Paulo: Pioneira. ISBN

Baltes, P.B. (1995). Prefácio. Em A.L. Neri, (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida* (pp. 9-12). Campinas, Papirus.

Baltes, M.M. & Silveberg, S. (1995). *A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida*. Em A.L. Neri (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida* (73-110). Campinas, Papirus.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). *Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais*, Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 12 (1), 119-129.

Bardin, L. (2000) – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Editora Vozes; Petrópolis, RJ

Castro-Caldas, A.; Mendonça. A. (2005) *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*, Lidel Edições Técnicas, Lda., Junho, Lisboa.

Ferreira, C. A. (2009) *Envelhecimento e lazer, qualidade de vida; Idoso, lazer, Estudo Geral*, Universidade de Coimbra

Fortin, M. F. (2000) *O processo de investigação*. 2.^a Edição, Lusociência, Loures

Gambert (1998) *É doença de Alzheimer? As crescentes responsabilidades dos médicos de família no diagnóstico*. *Posgraduat medicine*, 9 (1) 12 – 18

Garcia, C. (1984) *A doença de Alzheimer – problemas de Diagnóstico Clínico*, Dissertação de Doutoramento; Faculdade de medicina de Lisboa.

Garrett, C. (2011) *Guias de Saúde Alzheimer vol.3*. S.A. Faculdade de medicina da universidade do Porto, Hospital de São João, E.P.E. Vila do Conde.

Gineste, Y. e Pellissier, J. (2007) *Humanitude: Cuidar e Compreender a Velhice*. Instituto Piaget.

Goffman, E. (2002) *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. 10^a Edição, Editora Vozes, Petrópolis

Ham. (1998) - *Depois do diagnóstico apoio às famílias e aos doentes com doença de alzheimer*. *postgraduate medicine*, 9 (1), 21- 36

Howe E.G, Lettieri C.J. (1999) *Health care rationing in the aged: ethical and clinical perspectives*. *Drugs Aging*. Julho, 15(1):37-47 (revista)

Wilson Rozanne et al (2011) *Article Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living* *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* • Vol. 55 • 328–341 • April 2012 (Revista)

Laks, J.; Engelhardt, E. (2003). *Doença de Alzheimer: Diagnóstico e Tratamento*. Editora Segmento, São Paulo.

Leitão, O. R. et al. (2006) *Manual do cuidador*, Comissão Europeia e Alzheimer Europe. Novartis. Ponticor, realizações Gráficas. Lisboa.

Lessa, A. T. M. (2010) *Tempo em Alzheimer: Linguagem, Conceito e Memória* - Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Letras, Programa de Pós-graduação em Linguística, Rio de Janeiro.

Luzardo A. R (2006) *Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: Uma Série de casos em um serviço de Neurogeriatria*. Porto Alegre (Dissertação)

Martins, A. F.; Thesis, Ph. D. (2013) *Multimodal imaging probes for the diagnostics of Alzheimer's Disease*. Universidade de Coimbra; Faculdade de ciências e tecnologias; Pole Universites Centre Val de Loire e universite D'Orleans (Dissertação de Mestrado;

Martins, A. (2010) *A desintegração do tempo na demência do tipo Alzheimer*. UFRJ, Faculdade de Letras. Rio de Janeiro (Tese de Doutorado)

Molinuevo, J. L. (2014). *Viver com Alzheimer - O amor não se esquece*. Editora Pergaminho, Março: Lisboa.

Nascimento, S.; Rodrigues, P. (2010). *Só um pouco mais de quase nada... Intervenção na doença de Alzheimer*. Editora Psico&Soma. Maio: Viseu.

Netto, M. P. (2002). *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada*. Editora Atheneu. São Paulo.

Nicolo, P. (1986), *Geriatrics*, Editora D.C. Luzzatto

Pereira, P. M. C, M (2013) *Doença de Alzheimer-Perspetivas de tratamento*. Universidade da Beira Interior; ciências da saúde; Covilhã (Dissertação de mestrado);

Petersen, R. C. (2004) *Défice Cognitivo Ligeiro – o envelhecimento e a doença de Alzheimer*, Climepsi Editores, 1ª edição, Janeiro: Lisboa.

- Pimentel, L. (2005) *O Lugar do Idoso na Família*, 2.^a edição, Junho - Coleção saúde e sociedade
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado - A doença de Alzheimer*, 2^a edição. Editora Lusodidacta. Loures.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1992) (1998) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 1^o edição Gradiva, Lisboa
- Karsch, U.M.; Leal, M.G.S. (1998) *Pesquisando Cuidadores: Visita a uma prática metodológica*, in Karsch, U.M. (org) *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo EDUC
- Ribeiro, J. L. P. (1999) *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores, Lisboa
- Selmes, J. et al (2000) *Viver com ... A doença de Alzheimer*. Trad. Ernesto Morgado de Carvalho. Editora Dinalivro, Lisboa.
- Sequeira, C. (2007) *Cuidar de idosos dependentes*. coleção enfermagem, 1^a edição, quarteto produção gráfica.
- Sérgio, J.; Valença, A. (2003) *Alguns conselhos sobre a doença de Alzheimer*, Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, Janeiro.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Os cuidados Familiares na Velhice. Porto. Edições Âmbar.
- Sousa, P. L. C. e Cunha (2012) *O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Viseu, Abril
- Yin, R. K. (2001) – *Estudo de caso: planeamento e métodos*. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman.

Vários autores, Alzheimer Portugal. (s/data) *A vida é feita de memórias. Pessoas, lugares, histórias. E nós próprios.* Alzheimer Portugal, Amadora, Edição do Autor.

Vários autores, (s/data) *Alzheimer na família.* Edição: Laboratórios Pfizer, Lda., Porto Salvo.

Zarit, S. H.; Reever, K.E.; Bach-Peterson, J. (1980) *Relatives of the impaired Elderly: Correlates of feelings of Burden.* *The Gerontologist*, Washington DC, v. 20, n.6,

WEBGRAFIA

Borghi, A. C; Sassa, A. H; Matos, P. C. B; Decesaro, M. N; Marcon, S. S. (2011) *Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores.* Porto Alegre, RS: Revista Gaúcha de Enfermagem. Dez; 751-8, **acedido a 25 de Novembro de 2013** disponível em <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5691.pdf>

Bottino, C. et al (2002). *Reabilitação Cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de uma equipe multidisciplinar* Arquivos de Neuro – Psiquiatria, 60 (1), 70-79. [Versão electrónica], **acedido a 10 de Setembro de 2014.** Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2002000100013&script=sci_arttext&tlng=es

Buss, M. D. (2000) *A Paixão Perigosa.* Rio de Janeiro Objetiva, **acedido a 20 de Setembro de 2014.** Disponível em: [https://psicologado.com/abordagens/psicologia-analitica/o-ciume-e-suas-influencias-na-relacao-de-casais-heterossexuais-em-uma-perpetiva analitica? highlight =WyJjaVx1MDBmYW11II0=](https://psicologado.com/abordagens/psicologia-analitica/o-ciume-e-suas-influencias-na-relacao-de-casais-heterossexuais-em-uma-perpetiva-analitica?highlight=WyJjaVx1MDBmYW11II0=)

Cristina C. et al. *Reabilitação na doença de Alzheimer*, Psicologia.com.pt O Portal dos psicólogos

Directrizes da Alzheimer Portugal, **acedido a 10 de Setembro de 2014.** Disponível em:<http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOne.asp?articleID=484&categoryID=944>.

Nascimento, L. C. et al. (2008) *Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 61 nº. 4. Brasília jul-ago. Disponível em: <http://www.scielo.br> – in <http://www.ess.ufrj.br/monografias/107396398.pdf>

Raimunda S. d'A. Et al (2010) *Alzheimer, manual do cuidador situações e cuidados práticos do cotidiano*, Universidade Estadual de Santa Cruz, Governo do estado da bahia, dfch – núcleo de estudos do envelhecimento, ilhéus-ba; Editora da UESC

Referência bibliográfica: in portal da alzheimer Portugal, **acedido a 04 de Fevereiro de 2013**
<http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/>

Referência bibliográfica: in portal segurança social, **acedido a 12 de Setembro de 2013**
http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/situacao_social_doentes_alzheimer

Sánchez, M.J. (2004). Atención de Enfermería hacia el Cuidador Principal del Paciente com Enfermedad de Alzheimer. Prevencion y Cuidados en el “Síndrome del Cuidador” – Enfermería Científica, Março/Abril, **acedido a 13 de Agosto de 2014**, In <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3602-demencia-de-alzheimer-impacto-na-pessoa-doente-e-na-familia>

ANEXOS

ANEXO I

Guião de Entrevista

Profissionais de um lar de idosos

Temas	Questões	Questões Secundárias
Dimensão 1 – Recolha de opinião dos Profissionais que trabalham com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos Objetivo 1: Identificar os impactos no desenvolvimento do trabalho quotidiano percebidos pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos	Pergunta 1 - O que conhece da doença de Alzheimer?	
	Pergunta 2 - Sente-se capacitado para cuidar de clientes com a demência de alzheimer?	Pergunta 2.1 - Porquê?
	Pergunta 3 - Qual/ais é/são a/s tarefa/s que lhe dão mais prazer realizar?	
	Pergunta 4 - Quais são as suas necessidades/dificuldades para cuidar no quotidiano de um cliente portador da demência de alzheimer?	
	Pergunta 5 - Na sua opinião, qual será/ao a/s necessidade/s do cliente com a demência de Alzheimer?	
	Pergunta 6 - Será que o contacto com estes clientes influencia o seu comportamento?	Pergunta 6.1 - Como e porquê?
	Pergunta 7 - Na sua opinião o cliente com a demência de alzheimer requer cuidados diferenciados?	Pergunta 7.1 - Quais e porquê?
	Pergunta 8 - Para um melhor atendimento e qualidade dos serviços prestados como pensa que é melhor agir?	Pergunta 8.1 - Deixar o utente ser autónomo e estimular o mesmo ou substituí-lo em todas as tarefas de vida diária? Porquê?
	Pergunta 9 - Como é que se faz a articulação entre os diversos profissionais na construção dos cuidados	

		ao doente de Alzheimer?	
		Pergunta 10 - Que sugestões, daria para melhor poder cuidar destes utentes?	
Objetivo 2: Identificar qual a percepção dos profissionais acerca do impacto dos clientes portadores da demência de alzheimer nos outros clientes?		Pergunta 11 - Qual a percepção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de alzheimer nos outros clientes?	Pergunta 11.1 - De que forma estes utentes interferem nos quotidianos do lar e dos outros utentes?
		Pergunta 12 - Quais são para si as vantagens e desvantagens da interação entre clientes que tem Alzheimer e os que não têm?	Pergunta 12.1 – Perante as desvantagens ou dificuldades, que estratégia/s mobiliza para as ultrapassar?
Objetivo 3: Identificar os impactos sentidos, experienciados no trabalho quotidiano?		Pergunta 13 - De que forma o cliente com a patologia da demência de alzheimer influencia as dinâmicas quotidianas do lar?	Pergunta 13.1 - Como?
		Pergunta 14 - Na sua opinião os clientes portadores da demência de Alzheimer no Lar de Idosos causam algum tipo de impacto nos profissionais que deles cuidam?	Pergunta 14.1 - Como?
Dimensão 2 – Caracterização do entrevistado		Pergunta 15 – Idade?	
		Pergunta 16 – Sexo?	
		Pergunta 17 - Habilitações Profissionais/ Académicas?	Pergunta 17.1 - Tem formação ao nível de geriatria e/ou outros?
Objetivo 4: Identificar o perfil do entrevistado		Pergunta 18 – Há quanto tempo trabalha na Instituição?	
		Pergunta 19 - Função na Instituição?	
		Pergunta 20 - Estado Civil?	

ANEXO II
Autorização dos órgãos sociais

Maria Ivone Gião Alves
Avenida do Fluvialário nº 45
7490-261 Mora

Eu, Maria Ivone Gião Alves a realizar Mestrado de Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Portalegre, venho por este meio solicitar a autorização para realizar o trabalho de investigação e respetiva colheita de dados junto dos profissionais que cuidam e interagem com os idosos portadores da doença de Alzheimer.

Este trabalho, tem como objetivos:

- Identificar os impactos no desenvolvimento do trabalho quotidiano percebidos pelos profissionais que cuidam e interagem com os clientes portadores da demência de Alzheimer de um lar de idosos.
- Identificar qual a percepção dos profissionais acerca do impacto dos clientes portadores da demência de alzheimer nos outros clientes.
- Identificar os impactos sentidos, experienciados no seu trabalho quotidiano.

Os dados colhidos serão tratados de forma confidencial.

Sem outro assunto de momento

Atenciosamente

Maria Ivone Gião Alves

ANEXO III

Termo de Consentimento Informado

Eu, Maria Ivone Gião Alves, aluna de Mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Portalegre, a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema, Impactos da Institucionalização de Clientes portadores de Alzheimer num Lar, ciente das implicações éticas inerentes ao desenvolvimento de um trabalho de investigação, comprometo-me a assegurar o consentimento do investigado através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa, à confidencialidade

Maria Ivone Gião Alves

Consentimento

Eu, _____ (entrevistado) declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, pela estudante do curso de Mestrado de Gerontologia Social, bem como do direito à recusa e confidencialidade dos dados e da importância da minha participação no estudo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito nele participar.

Mora, _____ de _____ 2013

(assinatura do entrevistado)

ANEXO IV

Programa QSR NVivo8 Análise de Conteúdo de Entrevistas

Coding Summary Report

Project: Alzheimer
Generated: 18-11-2014 16:03

Coding By

<u>Name</u>	<u>Initials</u>
Ivone Alves	IV
<u>Total Users</u>	1

Internals\Entrevista 1	Document
------------------------	----------

<u>Node Coding</u>	<u>References</u>	<u>Coverage</u>
Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;	1	5,65%

Reference 1	Coverage	5,65%	Character Range	5295 - 5839
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Pergunta 9 - Como é que se faz a articulação entre os diversos profissionais na construção dos cuidados ao doente de Alzheimer?

R: Acho que era preciso nestes locais "lares" constituir-se uma equipa e todos juntos traçar um plano e ver o que deveria ser trabalhado com cada um deles, de modo a responder às necessidades de cada um, porque todos são diferentes, cada um tem as suas próprias características e estado de demência. A equipa dever-se-ia reunir e ver realmente o que é que se pode fazer em prol da boa qualidade de vida do utente.

<u>Node Coding</u>	<u>References</u>	<u>Coverage</u>
Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;	2	1,59%

Reference 1	Coverage	0,08%	Character Range	940 - 948
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

Às vezes

Reference 2	Coverage	1,51%	Character Range	977 - 1122
-------------	----------	-------	-----------------	------------

Porque quando estão calmos e quando conseguem estar concentrados a fazer algum tipo de trabalho é fácil, quando estão agitados é mais complicado.

<u>Node Coding</u>	<u>References</u>	<u>Coverage</u>
Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;	1	3,67%

Reference 1	Coverage 3,67%	Character Range	494 - 847
-------------	----------------	-----------------	-----------

Pergunta 1 - O que conhece da doença de Alzheimer?

R: Sei algumas coisas que vou lendo, mas formação específica, não tenho nenhuma. Mas pelo que li acho que se trata de uma deterioração das células cerebrais que vai provocando problemas com a atenção, concentração, memória e mais tarde, penso que com os movimentos, o sistema começa todo a atrofiar.

Node Coding

References Coverage

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;**

2 4,95%

Reference 1	Coverage 0,63%	Character Range	3328 - 3389
-------------	----------------	-----------------	-------------

Acho que sim, mas também acho que não, depende das situações.

Reference 2	Coverage 4,31%	Character Range	3426 - 3841
-------------	----------------	-----------------	-------------

Acho que para estes clientes é muito importante terem um espaço amplo, onde possam andar, passear livremente num espaço tranquilo e com poucas pessoas, acontecendo em muitos lares o amontoar de pessoas, levando à existência de barulho, e as pessoas que estão com demência precisam de um espaço calmo, tranquilo, aqui acho que isso não acontece, pois observo que quando existe mais barulho estes ficam mais agitados.

Node Coding

References Coverage

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Influencia no
comportamento dos profissionais;**

3 30,13%

Reference 1	Coverage 25,98%	Character Range	2795 - 5295
-------------	-----------------	-----------------	-------------

Pergunta 6 - Será que o contacto com estes clientes influencia o seu comportamento?

R: Sim

Pergunta 6.1 - Como e porquê?

R: Porque é difícil lidar com eles e também por saber que cada vez há mais pessoas a sofrer deste tipo de demência e muitas delas jovens, isto é mais jovens não com 80 anos, mas com 50, 60 e acabam por ir para os lares, sendo difícil vermos pessoas relativamente jovens assim, que perdem a noção de tudo.

Pergunta 7 - Na sua opinião o cliente com a demência de alzheimer requer cuidados diferenciados?

R: Acho que sim, mas também acho que não, depende das situações.

Pergunta 7.1 - Quais e porquê?

R: Acho que para estes clientes é muito importante terem um espaço amplo, onde possam andar, passear livremente num espaço tranquilo e com poucas pessoas, acontecendo em muitos lares o amontoar de pessoas, levando à existência de barulho, e as pessoas que estão com demência precisam de um espaço calmo, tranquilo, aqui acho que isso não acontece, pois observo que quando existe mais barulho estes ficam mais agitados.

Pergunta 8 - Para um melhor atendimento e qualidade dos serviços prestados como pensa que é melhor agir?

R: Eu penso que deveríamos deixar a pessoa ser autónoma.

Pergunta 8.1 - Deixar o utente ser autónomo e estimular o mesmo ou substitui-lo em todas as tarefas de vida diária? Porquê?

R: Até o utente conseguir, era importante o mesmo fazer os seus cuidados básicos, como o lavar, vestir,

pentear, a pessoa tentar arranjar-se, porque as mulheres por exemplo, gostam de se pintar, colocar fios. Deveria deixar-se as mesmas por iniciativa própria fazer isso. No caso dos homens, também na atividade de fazer a barba deixar os mesmos irem fazendo a mesma enquanto podem. Pois é importante estimular permitindo até quando possíveis que seja o próprio a efetuar de forma a sentir-se autónomo, pois de outra forma sentem-se inúteis, permitindo-lhes também estarem ocupados. A pessoa começa a perder capacidades e de repente perde tudo, já o vestem, lavam. É importante a autonomia, contudo, deverá existir a vigilância, pois existem pessoas que são capazes de se vestir, mas em vez de vestir a camisola interior primeiro, vestem a mesma depois. Deveria haver tempo para isso, porque às vezes é o que faz falta, uma senhora que temos cá, se existisse tempo, de manhã se lhes fossem dizendo agora vai-se vestir, veste, isto, aquilo, ela continuaria a efetuar essa atividade, mas algumas vezes isso não acontece, levando ao sentimento de inutilidade.

Reference 2	Coverage	0,03%	Character Range	8503 - 8506
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim

Reference 3	Coverage	4,12%	Character Range	8534 - 8930
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

as pessoas não sabem muito bem como hão-de lidar com eles e isso vai causar as tais frustrações, estas deparam-se também com a questão da falta de tempo e o estar a pensar em outras coisas. Às vezes as funcionárias não têm tempo, porque é muita gente a chamar, há sempre coisas para fazer, parece-me que as vezes não têm muito tempo e outras vezes não sabem como reagir em determinadas situações.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References

2 11,72%

Reference 1	Coverage	2,49%	Character Range	1661 - 1901
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

No meu caso, noto mais dificuldades com aqueles que estão num estado mais avançado, ou aqueles que estão mais agitados e que se recusam a desenvolver uma atividade. Também existem aqueles que estão quase sempre a dormir. É difícil trabalhar

Reference 2	Coverage	9,23%	Character Range	1905 - 2793
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Pergunta 5 - Na sua opinião, qual será/ao a/s necessidade/s do cliente com a demência de Alzheimer?
R: Eu acho que acima de tudo eles têm que estar bem medicados, "esta é a opinião que tenho", para terem alguma qualidade de vida, pois às vezes a medicação, não é a correta ou não está a fazer o efeito desejável. Para mim é o mais importante, depois pelo que observo, acho que estes têm necessidade de andar, passear. Às vezes acho que os problemas existentes aqui, no Lar, surgem por causa disso, pois assim que algum destes utentes se levanta só para ir á janela, alguém vai lá porque pensa que o mesmo vai fugir, acabam por ir busca-lo e depois querem que este se sente e o mesmo não quer, gerando-se conflitos. Penso que se pudessem andar livremente, pois, todos têm direito de ir ver como está o dia, e se os deixassem, poder-se-ia evitar algumas situações complicadas existentes.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

References

1 8,13%

Reference 1	Coverage 8,13%	Character Range	2009 - 2791
-------------	----------------	-----------------	-------------

Eu acho que acima de tudo eles têm que estar bem medicados, “esta é a opinião que tenho”, para terem alguma qualidade de vida, pois às vezes a medicação, não é a correta ou não está a fazer o efeito desejável. Para mim é o mais importante, depois pelo que observo, acho que estes têm necessidade de andar, passear. Às vezes acho que os problemas existentes aqui, no Lar, surgem por causa disso, pois assim que algum destes utentes se levanta só para ir á janela, alguém vai lá porque pensa que o mesmo vai fugir, acabam por ir busca-lo e depois querem que este se sente e o mesmo não quer, gerando-se conflitos. Penso que se pudessem andar livremente, pois, todos têm direito de ir ver como está o dia, e se os deixassem, poder-se-ia evitar algumas situações complicadas existentes.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos
cuidados;**

<u>References</u>	<u>Coverage</u>
--------------------------	------------------------

4	18,78%
----------	---------------

Reference 1	Coverage 0,56%	Character Range	3953 - 4007
-------------	----------------	-----------------	-------------

Eu penso que deveríamos deixar a pessoa ser autónoma.

Reference 2	Coverage 11,98%	Character Range	4138 - 5291
-------------	-----------------	-----------------	-------------

Até o utente conseguir, era importante o mesmo fazer os seus cuidados básicos, como o lavar, vestir, pentear, a pessoa tentar arranjar-se, porque as mulheres por exemplo, gostam de se pintar, colocar fios. Deveria deixar-se as mesmas por iniciativa própria fazer isso. No caso dos homens, também na atividade de fazer a barba deixar os mesmos irem fazendo a mesma enquanto podem. Pois é importante estimular permitindo até quando possíveis que seja o próprio a efetuar de forma a sentir-se autónomo, pois de outra forma sentem-se inúteis, permitindo-lhes também estarem ocupados. A pessoa começa a perder capacidades e de repente perde tudo, já o vestem, lavam. É importante a autonomia, contudo, deverá existir a vigilância, pois existem pessoas que são capazes de se vestir, mas em vez de vestir a camisola interior primeiro, vestem a mesma depois. Deveria haver tempo para isso, porque às vezes é o que faz falta, uma senhora que temos cá, se existisse tempo, de manhã se lhes fossem dizendo agora vai-se vestir, veste, isto, aquilo, ela continuaria a efetuar essa atividade, mas algumas vezes isso não acontece, levando ao sentimento de inutilidade.

Reference 3	Coverage 5,50%	Character Range	5921 - 6450
-------------	----------------	-----------------	-------------

Formação, não sou só eu mas todos os cuidadores, acho que por vezes estes clientes são um público difícil e as funcionárias sentem-se um pouco perdidas, pois não sabem como hão-de reagir e atuar em certas situações que acontecem. Um dia destes, vi uma utente com demência de Alzheimer que não queria ir almoçar, e agora obriga-se ou deixa-se a mesma sem almoçar? Para mim, e para as outras funcionárias é um pouco complicado, pois estas não sabem muito bem como hão-de agir. Continuo a dizer que a formação era muito importante.

Reference 4	Coverage 0,74%	Character Range	7880 - 7951
-------------	----------------	-----------------	-------------

Eu optaria pela redução do número de pessoas, arranjar um espaço calmo.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

1 3,30%

Reference 1 Coverage 3,30%

Character Range 1203 - 1521

Como animadora acho que depende do estado em que eles estão, porque há uns que estão piores que outros, mas geralmente o que acontece, com estes clientes acontece com os outros idosos. Estes gostam de fazer aquilo em que têm êxito, se não conseguem é óbvio que perdem o interesse e eles como têm demência ainda é pior.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

4 7,16%

Reference 1 Coverage 0,20%

Character Range 8169 - 8188

Influencia e muito.

Reference 2 Coverage 1,27%

Character Range 8216 - 8338

Em termos de tudo, mesmo em termos de espaço, temos que alterar sempre o espaço, alterar também o quotidiano do dia-a-dia.

Reference 3 Coverage 1,58%

Character Range 8354 - 8506

Na sua opinião os clientes portadores da demência de Alzheimer no Lar de Idosos causam algum tipo de impacto nos profissionais que deles cuidam?
R: Sim

Reference 4 Coverage 4,12%

Character Range 8534 - 8930

as pessoas não sabem muito bem como hão-de lidar com eles e isso vai causar as tais frustrações, estas deparam-se também com a questão da falta de tempo e o estar a pensar em outras coisas. Às vezes as funcionárias não têm tempo, porque é muita gente a chamar, há sempre coisas para fazer, parece-me que as vezes não têm muito tempo e outras vezes não sabem como reagir em determinadas situações.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Percepção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

2 5,65%

Reference 1	Coverage	0,29%	Character Range	6740 - 6768
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

No geral acho que é difícil.

Reference 2	Coverage	5,36%	Character Range	6873 - 7389
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Os doentes de Alzheimer interferem com os outros utentes porque os outros não percebem, não fazem ideia, já vi muitos conflitos entre eles, não percebem que é uma doença e que estes utentes não têm a culpa. Hoje são estes, amanhã podem ser outros, mas também acho que a situação do espaço, por estarem muito juntos, em que uns têm alzheimer e outras demências, leva a situações mais complicadas, pois se uns estão doentes os outros também estão. Na minha opinião se houvesse menos pessoas num espaço ia ajudar muito.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens - Desvantagens no convívio

References

Coverage

1 3,96%

Reference 1	Coverage	3,96%	Character Range	7391 - 7772
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Pergunta 12 - Quais são para si as vantagens e desvantagens da interação entre clientes que tem Alzheimer e os que não têm?

R: Quanto a vantagens, penso que todos juntos socializam mais, pois aqui no lar existem alguns mais capacitados. Estes conseguem ainda ajudar os doentes de alzheimer e com isso sentem-se uteis. Quanto às desvantagens existe sempre a questão dos conflitos

Total References	24
Coverage	8,72%
Total Users	1

Internals\Entrevista 10

Document

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;

References

Coverage

1 2,61%

Reference 1	Coverage	2,61%	Character Range	3978 - 4183
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Penso que a maioria funciona em conjunto, pois todos os funcionários sabem as doenças dos utentes. Tentam assim não deixar que os mesmos fiquem sozinhos evitando que algo corra mal. Estamos todos atentos.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;

2 3,09%

Reference 1	Coverage	0,04%	Character Range	1042 - 1045
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim

Reference 2	Coverage	3,06%	Character Range	1074 - 1314
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Apesar de saber pouco sobre a mesma doença e quando acontece uma variação de humor, penso que já consigo acalmar os mesmos. Por exemplo, se o utente estiver em litígio com algum colega, procuro ir passear com este para evitar mais confusão.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

1 4,61%

Reference 1	Coverage	4,61%	Character Range	584 - 946
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

Penso que seja a variação de estados de humor e de perda de memória a curto prazo. Esta perda de memória é por exemplo, quando se acaba de dizer para não fazer determinada coisa a estes utentes com Alzheimer, eles esquecem-se imediatamente. Vão buscar mais factos ao passado, chamando inclusive pessoas do seu passado a nós que trabalhamos, contactamos com eles.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

2 4,72%

Reference 1	Coverage	0,33%	Character Range	2925 - 2951
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim, em algumas situações.

Reference 2	Coverage	4,39%	Character Range	2988 - 3333
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

No banho por exemplo, se eu me esquecer de alguma coisa que deveria ter levado para a casa de banho e que esteja a executar a higiene a um utente sem alzheimer, posso dizer srº x, esqueci-me disto e vou rapidamente buscar, mas com os utentes com Alzheimer, já não é assim, logo tenho que ter cuidado redobrado para não me esquecer de pormenores.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Influencia no
comportamento dos profissionais;**

4 11,31%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,33%	<i>Character Range</i>	2368 - 2394
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

No meu caso penso que não.

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	4,98%	<i>Character Range</i>	2430 - 2821
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Quando estou a interagir com estes utentes, já sei do que a pessoa sofre, logo não me altera o estado de espírito, não fico mais nervoso, pois nós funcionários, sabemos do que o utente sofre. Não posso levar a sério o que estes por vezes dizem.

O que eu mais penso é o que se terá passado para que a pessoa tenha Alzheimer, não sei se há algum estudo sobre isso, e porque entram em stress.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	0,05%	<i>Character Range</i>	6762 - 6766
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim.

<i>Reference 4</i>	<i>Coverage</i>	5,95%	<i>Character Range</i>	6794 - 7261
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

O impacto que provocam é a nível sentimental, de pena e não de raiva.

Acho que sou uma pessoa calma a lidar com estas situações.

No entanto, há funcionários que não lidam bem com estes utentes, pois existem os que têm paciência e os que têm menos paciência.

Acho ainda que existem funcionários que não pensam no dia de amanhã, e também não pensam no outro lado, no que é que o utente tem, se está a fazer aquilo é porque também já não está nos seus melhores dias.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades
sentidas no trabalho quotidiano;**

1 1,10%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	1,10%	<i>Character Range</i>	1791 - 1877
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

São pessoas que merecem mais atenção, estão sempre mais desinquietas do que os outros.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

1 3,68%

Reference 1	Coverage	3,68%	Character Range	1985 - 2274
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Têm necessidade de mais companhia e existe alguma falta de interação, entre os utentes, pois todos merecem. Os utentes com alzheimer têm que tentar também colaborar, no entanto não têm muita vontade pois quando se colocam a fazer uma determinada atividade, passado pouco tempo esquecem-se.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

3 5,51%

Reference 1	Coverage	1,01%	Character Range	3446 - 3525
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Eu acho que devemos deixar os utentes serem autónomos, mas com acompanhamento.

Reference 2	Coverage	2,39%	Character Range	3656 - 3844
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Se nós formos a tomar a autonomia do utente, ao nível de se vestir sozinho, começa também a ter outros hábitos, e mais tarde não vai querer fazer nada e começa a tornar-se mais dependente.

Reference 3	Coverage	2,11%	Character Range	4267 - 4433
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Mais supervisão, para com estes utentes.
Necessitava de formação, pois os métodos que utilizo podem não ser os mais corretos, pois nunca tive formação a este nível.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

1 3,23%

Reference 1	Coverage	3,23%	Character Range	1397 - 1651
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

As que me dão mais prazer são a interação com os utentes, levando-me ao diálogo e a passear com os mesmos, para se acalmarem. "Acho piada" à forma como ajo para dar a volta a uma determinada situação, consigo fazer com que o utente volte a estar calmo/a.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

2 5,37%

Reference 1 Coverage 0,53%

Character Range 6144 - 6186

Acho que influência em determinados casos.

Reference 2 Coverage 4,84%

Character Range 6214 - 6594

Por exemplo, eu como começo logo a fazer higiene num quarto com um utente que tem Alzheimer, começo por fazer sempre primeiro a higiene a este utente, pois se não o fizer, ele vai estar sempre a tentar levantar-se. Então para que não se levante sozinho e caia optei por executar o serviço assim, de forma a proteger o mesmo, porque depois já pode sair do quarto para outro setor.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Percepção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

2 3,88%

Reference 1 Coverage 0,66%

Character Range 4723 - 4775

Penso que por vezes estes causam algum impacto sim.

Reference 2 Coverage 3,22%

Character Range 4881 - 5134

Os utentes com Alzheimer muitas vezes são mal interpretados pelos outros utentes e têm tendência para criar brigas, pois os outros utentes não têm paciência, e não os compreendem levando a algumas situações por vezes difíceis em que se tem que intervir.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens - Desvantagens no convívio

2 7,03%

Reference 1 Coverage 1,80%

Character Range 5265 - 5406

As vantagens para mim são a interação entre os utentes, quando não há conflitos. As desvantagens são o oposto, são a existência de conflitos.

Reference 2	Coverage 5,23%	Character Range	5516 - 5927
-------------	----------------	-----------------	-------------

As estratégias que utilizo são tentar chamar sempre a atenção do utente x com alzheimer, para que ele olhe para mim, para falar com ele. Começando, logo os utentes sem Alzheimer a dizer que ele disse isto, aquilo, então eu explico ao utente com Alzheimer que não pode dizer ou fazer determinada coisa e levo-o a dar uma pequena volta "passeio" para tentar desviar a atenção para que não ocorra o mesmo episódio.

Total References	22
Coverage	4,68%
Total Users	1

Internals\Entrevista 2

Document

Node Coding

References Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;	1	3,22%
--	----------	--------------

Reference 1	Coverage 3,22%	Character Range	6969 - 7332
-------------	----------------	-----------------	-------------

Eu acho que deve haver uma articulação, às vezes pode não acontecer, mas é essencial, porque cada profissional tem os seus conhecimentos e experiencias e entre todos podemos achar mais e melhores soluções para cada caso, a nível social, dieta, saúde, enfermagem, fisioterapia. É importantíssimo que todos os doentes com a demência de Alzheimer façam fisioterapia.

Node Coding

References Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;	2	6,06%
---	----------	--------------

Reference 1	Coverage 0,83%	Character Range	1766 - 1859
-------------	----------------	-----------------	-------------

Sim, eu sinto-me capacitada, no entanto sei que preciso de mais formação em relação à doença.

Reference 2	Coverage 5,24%	Character Range	1888 - 2478
-------------	----------------	-----------------	-------------

Porque não tenho nenhuma formação específica para trabalhar com esta área. Nós conhecemos e sabemos identificar e lidar com as situações, por exemplo a sua agressividade, pois querem alguma coisa e não se conseguem exprimir e nós sentimos muita dificuldade em ajudar, daí a necessidade de formação.
Eu deveria ter mais conhecimentos da doença, pois cada um vive a doença de maneira diferente, nem todos os sintomas se manifestam na mesma pessoa.
Sinto que há muita coisa que tenho que saber. Aprendo também com a experiência aqui no lar uma vez que lido com muitos doentes de Alzheimer.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de
Alzheimer;**

1 9,93%

Reference 1 *Coverage* 9,93% *Character Range* 553 - 1671

É uma doença degenerativa, em que a pessoa vai perdendo as suas funções cognitivas e a nível de mobilidade também, não tem cura, no entanto tem tratamento, servindo este para aliviar os sintomas.

A doença de Alzheimer costuma dividir-se em 4 fases, sendo a primeira a perda de memória a curto prazo, nesta fase até se pode confundir com as diversas patologias da velhice, é preciso conhecer muito bem a pessoa e estar muito desperta para essas alterações, na segunda, começa-se a notar cada vez mais. A pessoa começa a desorientar-se na questão do espaço, do tempo e começa a não ter noção do ano em que se está, da sua idade, perdem-se facilmente. Na terceira fase é pior mas não sei muito bem especificar os sintomas, mas a nível dos movimentos começa a notar-se mais atrofia muscular e também na própria linguagem. Esquecem-se das palavras que querem empregar para a sua conversa, acontece muitas vezes quererem fazer o seu raciocínio e não o conseguem terminar, pois tem dificuldade ao nível do pensamento. Na quarta fase deixam de andar e ficam totalmente dependentes, têm delírios e perdem a noção da realidade.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;**

2 5,81%

Reference 1 *Coverage* 0,03% *Character Range* 5537 - 5540

Sim

Reference 2 *Coverage* 5,78% *Character Range* 5577 - 6228

Depende do grau de dependência de cada um dos doentes com alzheimer, eles necessitam dos cuidados como qualquer outro doente, mas tem que ter um acompanhamento diferenciado ao nível da mobilidade e outros, pois vai perder essas funções todas. Ao nível cognitivo e de locomoção, precisam de maior acompanhamento e disponibilidade.

Estes devem deslocar-se e não estarem sentados por longos períodos de tempo. O que acontece é que quando o utente se levanta vai logo tudo a correr com medo da sua segurança ser posta em causa. Contudo, este utente quer é andar um pouco. Tal implica pessoas com mais disponibilidade como já referi em todos os momentos.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Influencia no
comportamento dos profissionais;**

4 9,70%

Reference 1 *Coverage* 0,03% *Character Range* 4627 - 4630

Sim

Reference 2	Coverage 6,81%	Character Range 4666 - 5433
-------------	----------------	-----------------------------

Na medida em que me apercebo que há pessoas que perdem as capacidades, mas quando estamos em contacto com essas pessoas estamos na realidade concreta, levando ao nosso despertar sobre qualquer alteração de comportamentos, e pensamos duas vezes, isto não é normal e mudamos o nosso comportamento. Quem não tem conhecimentos acerca da demência de Alzheimer e que não interage diretamente com eles desvaloriza um pouco. O doente pode dizer algo que não faça sentido nenhum, e essa pessoa observa "olha então agora está para aqui com esta conversa" e não liga indo embora, mas nós que temos algum conhecimento, estamos despertos e tentamos perceber porque é que é aquela reação e porque é que ele está com aquela conversa, de forma a entender a causa, não desvalorizando.

Reference 3	Coverage 0,41%	Character Range 10376 - 10422
-------------	----------------	-------------------------------

Como é óbvio todos os idosos provocam impacto.

Reference 4	Coverage 2,46%	Character Range 10450 - 10727
-------------	----------------	-------------------------------

Os funcionários sentem-se incapazes de lidar com estes utentes porque não têm tempo por um lado, mas alguns também não têm paciência nem personalidade para tal. Também se deve à falta de formação, não compreendem mas dizem que sim, no entanto têm atitudes que não deveriam ter.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References Coverage

1 8,09%

Reference 1	Coverage 8,09%	Character Range 3158 - 4069
-------------	----------------	-----------------------------

A dificuldade é a questão mais da agressividade deles, dos comportamentos inadequados devido à demência que têm e o facto de quererem fugir daqui, ou quando não querem comer, não querem tomar a medicação e quando se insiste eles tornam-se muito agressivos, nós tentamos arranjar estratégias para colmatar essa situação, só que nem sempre corre bem, existindo alguns utentes portadores da demência de Alzheimer que têm uma personalidade muito vincada, teimosia, que também é própria da doença. Existe uma outra situação em que sinto dificuldade que é a de tentar que os outros utentes aceitem estes com a doença, porque muitas vezes nós estamos a tentar conversar com o utente portador da demência referida e estamos sempre a ouvir pessoas por trás com outros comentários, que depois interferem no nosso serviço de interação, prejudicando o desenvolvimento do utente e também o nosso, porque ficamos enervadas.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

References Coverage

1 3,15%

Reference 1	Coverage 3,15%	Character Range 4178 - 4533
-------------	----------------	-----------------------------

As necessidades são várias, precisam de muito acompanhamento e às vezes é um pouco complicado darmos essa atenção.

Estes utentes precisam de muito tempo para comer, para irem à casa de banho, para o banho, para andar. E nós muitas vezes não temos esse tempo. Uma das necessidades é o convívio, dança, ouvir musica, escrever, para melhorar a comunicação.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

3 5,54%

Reference 1	Coverage	0,83%	Character Range	6340 - 6434
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Nós tentamos fazer com que este utente com esta demência faça o que ainda é capaz de realizar.

Reference 2	Coverage	2,40%	Character Range	6565 - 6835
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Porque assim vai atrasar o seu declínio e propaga no tempo as suas capacidades, independentemente de fazer bem ou mal, mas deixa-se o mesmo fazer, se faz mal nós vamos por trás e corrigimos, é uma forma de estimular os mesmos nas tarefas de vida diárias de alguma forma.

Reference 3	Coverage	2,31%	Character Range	7417 - 7677
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

A nível da formação, deveríamos procurar outras instituições que já tem muita prática nesta demência e que podiam ajudar as instituições a este nível de boas práticas. Eu como profissional gosto de estar sempre informada e tentar melhorar sempre todos os dias.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

1 4,08%

Reference 1	Coverage	4,08%	Character Range	2559 - 3018
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Todas me dão prazer, porque eu ajudo os doentes em todas as suas necessidades, desde as básicas, até às de convívio. Mas o que me dá mais prazer é conviver e falar com os mesmos, explorar o que faziam antigamente, na sua juventude para que vão relembrando de momentos que viveram e que podem despertar curiosidade nos mesmos e outros interesses, para que mantenham o interesse uma vez que começam a perder a noção da realidade. É essa parte de que gosto mais.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

2 2,49%

Reference 1	Coverage	0,51%	Character Range	9903 - 9961
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Necessitam de mais tempo para eles, para serem auxiliados.

Reference 2	Coverage 1,97%	Character Range	9989 - 10211
-------------	----------------	-----------------	--------------

Só deveria existir uma equipa para trabalhar com estes utentes pois temos muitos casos de doentes com Alzheimer. Esta equipa deveria ser formada para ter capacidade na realização de cuidados aos mesmos a todos os níveis.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Perceção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

References Coverage

2 5,34%

Reference 1	Coverage 0,57%	Character Range	7968 - 8032
-------------	----------------	-----------------	-------------

As funcionárias no geral pensam sempre que é um motivo de stress

Reference 2	Coverage 4,77%	Character Range	8137 - 8674
-------------	----------------	-----------------	-------------

Interferem na medida em que os outros utentes estão sempre preocupados com os portadores da demência de Alzheimer. A sua preocupação é que estes vão para determinado local que não devem ir e que se coloquem em risco, levando-os ao desespero resultando em comentários impróprios, do tipo ele é mau, ou é tonto, há ele é assim, toda a vida foi. Não percebem que é próprio da doença e dizem que o lar não é lugar para doentes da cabeça. Os outros utentes chegam a comentar que estão piores que os doentes com a demência, que têm é maldade.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens - Desvantagens no convívio

References Coverage

2 6,85%

Reference 1	Coverage 4,24%	Character Range	8804 - 9282
-------------	----------------	-----------------	-------------

É sempre importante, porque proporciona convívio com os doentes de alzheimer, podendo assim estimular as capacidades que ainda Têm, e ficam mais bem-dispostos, porque têm pessoas com quem falar, pois gostam muito de conversar, de companhia. As desvantagens é o stress que provocam nos outros utentes que não são portadores da demência ao nível do medo, tristeza pelo facto de os verem assim, pois alguns compreendem e comentam "Deus queira que eu nunca me veja nesta situação".

Reference 2	Coverage 2,61%	Character Range	9392 - 9686
-------------	----------------	-----------------	-------------

As estratégias utilizados que uso, falo com os utentes sem a patologia e tento explicar o que é a doença, tentando que não tenham medo, afirmando que nós estamos na instituição para proteger todos, e que estamos atentos às situações, pois não é a toda a hora que têm comportamentos inadequados.

Total References	22
Coverage	5,85%
Total Users	1

Internals\Entrevista 3

Document

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;

1 3,41%

Reference 1	Coverage	3,41%	Character Range	5977 - 6380
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

No fundo funciona com toda a gente, com os enfermeiros, a assistente social, com as funcionárias que ajudam na medicação, e tem mesmo que existir uma articulação. Contando também com a parte da animação, que acho muito boa e distrai-os muito. Temos um caso que tudo leva a querer que tem a doença de Alzheimer, no entanto quando está a exercer atividades ele fica calmo pois está distraído e estimulado.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;

2 2,78%

Reference 1	Coverage	0,03%	Character Range	1355 - 1359
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim.

Reference 2	Coverage	2,75%	Character Range	1388 - 1713
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Porque tenho uma certa maneira de lhes dar a volta, conseguindo levá-los de uma maneira ou de outra a fazer o que se pretende. Contudo existem os que ainda compreendem o que lhes digo, mas existem outros que já não percebem nada, eu ajudo-os a fazer o que considero que é melhor para eles e para mim que estou a tratar deles.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

1 2,63%

Depende dos profissionais.

Reference 4	Coverage 3,34%	Character Range 10790 - 11185
-------------	----------------	-------------------------------

Em alguns, causa o impacto da revolta, porque agora vieram-me meter aqui esta/e utente e afinal não para quieta e dá-me tanto trabalho.
Enquanto outras já pensam de outra maneira.
Quando os utentes vêm dá muito trabalho, mas paciência, e deve-se pensar, olha o nosso trabalho é este, o tempo que estamos a tratar deste, não tratamos de outro. As pessoas precisam de ser tratadas com humanismo

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References Coverage

2 9,23%

Reference 1	Coverage 3,06%	Character Range 898 - 1260
-------------	----------------	----------------------------

As maiores dificuldades que eu encontro é na toma da medicação e na alimentação, porque há casos diferentes tal como acontece com o meu pai, que por vezes come desmesuradamente, não tendo consciência do que come. O Doutor que o está a acompanhar disse-me que até tenho sorte, pois existem aqueles que se recusam a comer como algumas vezes acontece aqui no Lar.

Reference 2	Coverage 6,17%	Character Range 2327 - 3056
-------------	----------------	-----------------------------

Acho que não tenho grande dificuldade, atendendo às formações que já fiz ao longo dos anos que aqui estou ao serviço. Há certas coisas que não aprendemos, vamos descobrindo com a prática, desta maneira é melhor fazer assim com este utente, para aquele já é melhor de outra maneira, pois cada pessoa é um caso único.
Há alguns utentes que nós temos que mostrar autoridade para que se comportem como deve ser, para outros é o contrário é preciso muita doçura, pois se mostrarmos autoridade ficam muito mais agressivos. Contudo existem alguns que se começa com meiguice, mas se não for com autoridade não conseguimos trabalhar com os mesmos, mas claro esta autoridade é dentro dos limites, sem agressividade, e dentro do respeito.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

References Coverage

1 3,55%

Reference 1	Coverage 3,55%	Character Range 3165 - 3585
-------------	----------------	-----------------------------

Têm muitas necessidades, principalmente de quem cuide bem deles, que tente perceber o que é que os utentes com a demência de Alzheimer querem e quando querem algo.
Devemos acompanhar os mesmos ao máximo, naquilo que precisam, porque tem que haver um acompanhamento e cada caso é um caso com já referi anteriormente.
As funcionárias têm que estar dentro das necessidades de cada pessoas para melhor os poderem servir.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

3 13,33%

Reference 1	Coverage	0,34%	Character Range	4804 - 4844
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

O utente deve ser autónomo até conseguir

Reference 2	Coverage	7,33%	Character Range	4976 - 5843
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Temos que aproveitar tudo o que a pessoa sabe e consegue fazer e nós estamos cá para fazer o que o utente não consegue, ou não quer fazer.
A minha forma de atuar é fácil, pois são utentes que à partida já conhecemos, alguns já cá estão há muito tempo, sei o que precisam. No entanto se vêm algum de novo, estudo o mesmo no início para ver até onde é que consegue chegar, e executar, mas também o que não consegue fazer. É a partir daqui que eu sei o que consegue ou não fazer ajudando o mesmo no que está incapacitado talvez por uma questão de revolta, que faz com que o mesmo não colabore. Penso que algumas vezes a revolta que se faz sentir deve-se à entrada num sítio que por vezes não conhecem, nem têm ligação com o lugar, e estão num espaço que não é o deles e até que se ambientem e comecem a conhecer as pessoas ao seu redor leva tempo para a sua adaptação.

Reference 3	Coverage	5,66%	Character Range	6464 - 7133
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Não sei.
Talvez se houvesse uma preparação ainda melhor, formação nesta área, poderia ajudar mais e depois tem que haver muita paciência e muita vontade, e também humanismo no cuidar pois estamos a cuidar de um ser humano, hoje é ele e amanhã podemos ser nós.
Por vezes há funcionárias que se esquecem e outras pessoas que pensam que ficam sempre novas e que nunca chegam nem a velhas nem a doentes.
Até os próprios idosos, os que estão melhores não desculpam as atitudes dos utentes doentes de Alzheimer, porque acham que nunca vão ficar assim, e comentam "eu estou bem da minha cabeça e aquele está maluquinho", mas não é assim, pois a maior parte deles descamba.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

1 3,32%

Reference 1	Coverage	3,32%	Character Range	1794 - 2186
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Fazer as higiênes diárias, dar banhos, vestir, arranjar, pentear. Gosto de os arranjar para ficarem bem apresentados, bonitos, lavadinhos e limpinhos, para que qualquer pessoa que chegue ao pé dos mesmos não tenha a sensação de que estes estejam sujos e sintam dificuldade em se aproximar.
Logo, gosto que qualquer pessoa que seja, que chegue ao pé dos mesmos sem nenhum tipo de escrúpulos.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

2 5,49%

Reference 1	Coverage	0,10%	Character Range	9894 - 9906
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Acho que não

Reference 2	Coverage	5,39%	Character Range	9934 - 10571
-------------	----------	-------	-----------------	--------------

Apesar de ser sempre um utente que necessita de mais cuidados, talvez se tenha que demorar mais com aquele utente do que com os outros, mas não vai interferir muito nas dinâmicas do lar.

Por exemplo, eu utilizo alguma estimulação mas com todos, independentemente de ter a doença de Alzheimer ou não, como é o caso dos banhos, em que digo agora vamos tomar uma banhoca, agora vamos fazer assim, depois de outra forma. Tudo o que vou fazendo vou solicitando aos utentes a sua participação. Digo vá-la, hoje tem que me ajudar, e que hoje também estou muito doente, por isso hoje também lhe peço ajuda sendo uma estratégia e eles colaboram.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Perceção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

References

3 13,14%

Reference 1	Coverage	0,62%	Character Range	7424 - 7497
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Normalmente não são bem recebidos pelos utentes sem a doença de Alzheimer

Reference 2	Coverage	9,25%	Character Range	7602 - 8696
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Interferem um pouco com os outros utentes. Temos aqui vários casos de utentes com doença de Alzheimer.

A título de exemplo: uma utente com a doença de Alzheimer não é que faça mal, mas vai mexer nos pertences das outras utentes e já se sabe são todas muito comichosas com os seus pertences, ninguém pode tocar em nada que ficam logo chateadas, mas esta utente que está nesta sala levanta-se, e então surge logo a complicação, à porque ela vai cair entre outras situações.

Logo nem sempre são bem recebidos pelos utentes que não tem a doença, e acabam por ser excluídos, sendo inclusive tratados de forma agressiva pelos utentes que não têm Alzheimer.

Levando à nossa intervenção algumas vezes, pois no caso mencionado na sala onde se encontra a utente portadora da demência referida, as restantes utentes não aceitam que uma destas que se encontra bem melhor a ajude, e sempre que a mesma o faz, as restantes ficam furiosas, dizendo à própria se ela tem alguma coisa a ver com a mulher e porque é que ela lhe vai mexer. Mas esta não está a fazer nada de mal, mas as restantes não entendem.

Reference 3	Coverage	3,27%	Character Range	8829 - 9215
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Num ponto é bom, porque estes utentes com a doença de Alzheimer sentem-se mais integrados junto com os outros, num outro ponto como referido na questão anterior podem não ser bem aceites e acabam por ser agressivos com os utentes que têm a doença de Alzheimer, levando a que estes últimos também adotem o mesmo comportamento.

No meu sector há vários utentes com a doença de Alzheimer.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens - Desvantagens no convívio

References

2 6,23%

Reference 1	Coverage	3,27%	Character Range	8829 - 9215
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Num ponto é bom, porque estes utentes com a doença de Alzheimer sentem-se mais integrados junto com os outros, num outro ponto como referido na questão anterior podem não ser bem aceites e acabam por ser agressivos com os utentes que têm a doença de Alzheimer, levando a que estes últimos também adotem o mesmo comportamento. No meu sector há vários utentes com a doença de Alzheimer.

Reference 2	Coverage	2,97%	Character Range	9325 - 9676
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

As estratégias que uso é fazer entender aos utentes que não têm a doença em referência de que têm que ter paciência, porque eles não têm culpa de ter a doença que têm, amanhã ou outro dia pode ser uma ou um dos utentes sem a doença a ter a mesma. Incentivo à ajuda. Faço este tipo de chantagem com elas para que aceitem melhor os utentes com a doença.

Total References	24
Coverage	6,15%
Total Users	1

Internals\Entrevista 4

Document

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;

1 0,84%

Reference 1	Coverage	0,84%	Character Range	3711 - 3772
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Eu acho que existe articulação entre todos os profissionais.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;

2 3,92%

Reference 1	Coverage	0,47%	Character Range	774 - 808
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

Depende, uns casos sim outros não.

Reference 2	Coverage	3,45%	Character Range	837 - 1088
-------------	----------	-------	-----------------	------------

Porque os casos mais graves por vezes são difíceis para nós lidarmos com eles e temos ali umas certas dificuldades. Há outras vezes que não. Bem mas quando se tornam agressivos é muito complicado, mas no Lar até nem existem muitos casos agressivos.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

1 1,50%

<i>Reference</i> 1	<i>Coverage</i>	1,50%	<i>Character Range</i>	570 - 679
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-----------

Acho que são as células do cérebro que vão morrendo aos poucos e as pessoas vão perdendo as suas capacidades.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

2 8,17%

<i>Reference</i> 1	<i>Coverage</i>	0,04%	<i>Character Range</i>	2333 - 2336
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Não

<i>Reference</i> 2	<i>Coverage</i>	8,12%	<i>Character Range</i>	2373 - 2964
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Porque os doentes com a doença de Alzheimer são como os outros, precisam de atenção, contudo não os devemos contrariar, e devemos falar com eles como deve ser, como exemplo: estes utentes gostam muito de andar, devemos deixá-los andar, mas por vezes temos tendência em ir atrás deles e mesmo gritar, mas devemos sim, deixar os mesmos andar, mas se passar do espaço em que estejam em segurança, devemos então ir atrás deles e tentar perceber o que querem.

Os trunfos que utilizo dependem de cada um deles, e para isso temos que os conhecer e tentar convencê-los de maneira a que compreendam

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Influencia no comportamento dos profissionais;

4 3,22%

<i>Reference</i> 1	<i>Coverage</i>	0,04%	<i>Character Range</i>	2107 - 2110
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Não

Reference 2	Coverage	1,14%	Character Range	2146 - 2229
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Porque para mim os utentes são todos iguais e tento tratá-los todos da mesma forma.

Reference 3	Coverage	0,08%	Character Range	6470 - 6476
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Algum

Reference 4	Coverage	1,95%	Character Range	6504 - 6646
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Pois temos que ter sempre mais atenção e cuidado com estes utentes, que por vezes querem ir embora, e lá vamos nós a correr para os ir buscar.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References Coverage

1 4,28%

Reference 1	Coverage	4,28%	Character Range	1530 - 1841
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Depende de como eles estejam. Há vezes em que estes utentes se tornam mais agressivos e aí sim tenho mais dificuldade.

Contudo, acho que temos que os ouvir e tentar fazer com que eles compreendam, sendo uma tarefa complicada, daí achar que primeiro devemos ouvi-los e depois então tentar perceber o que querem.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

References Coverage

1 0,88%

Reference 1	Coverage	0,88%	Character Range	1949 - 2013
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Acho que têm muita falta de carinho e precisam de muita atenção.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

3 7,95%

Reference 1	Coverage	0,14%	Character Range	3078 - 3088
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Com calma.

Reference 2	Coverage	4,92%	Character Range	3219 - 3577
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Não os devemos substituir em todas as tarefas. Se eles estão a comer de forma errada, devemos mesmo assim deixá-los comer, porque vão acabar por perceber que estão a fazer mal, se estão a comer com a colher ao contrário, acabam por perceber, no entanto estão a fazer um exercício, pois o cérebro está a funcionar. Se lhes fizermos tudo ficam mais dependentes

Reference 3	Coverage	2,89%	Character Range	3856 - 4066
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Por vezes mais formação, pois estas ensinam-nos muitas coisas e estamos todos os dias a aprender porque todos os dias a ciência está a evoluir e quanto mais formações tivermos melhor para nós e para os utentes.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

1 3,02%

Reference 1	Coverage	3,02%	Character Range	1170 - 1390
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Não tenho preferências, gosto de fazer todas, contudo gosto mais de estar em contacto direto com os idosos, porque me sinto bem com eles. Mesmo os idosos com a doença de Alzheimer ensinam-nos e aprendemos muito com eles.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

2 5,94%

Reference 1	Coverage	3,56%	Character Range	5843 - 6102
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Por vezes influencia, principalmente quando querem ir embora e não têm noção dos disparates "umas vezes vão embora, outras vezes querem ir para um lado e vão para outro, fazem também as necessidades em todo o lado, logo temos que estar constantemente atentas.

Reference 2	Coverage 2,38%	Character Range	6130 - 6303
-------------	----------------	-----------------	-------------

Devido à nossa constante vigilância, mesmo assim é só preciso estarmos um segundo distraídas com outras tarefas e lá vai um a fugir.
Logo influencia nas dinâmicas diárias.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Percepção dos
funcionários do impacto no quotidiano dos outros
clientes;**

References

2 5,95%

Reference 1	Coverage 1,09%	Character Range	4358 - 4437
-------------	----------------	-----------------	-------------

Depende das situações e se nós os tentarmos acalmar o ambiente fica mais calmo.

Reference 2	Coverage 4,87%	Character Range	4542 - 4896
-------------	----------------	-----------------	-------------

Interferem de alguma forma, como estratégias para ultrapassar algumas situações difíceis explico aos outros utentes que se deve ter calma e que aquele utente que é doente de Alzheimer não sabe o que está a fazer. Mas por vezes os utentes sem a doença não entendem.
Eu costumo utilizar o diálogo tentando explicar que agem assim devido à própria doença.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens -
Desvantagens no convívio**

References

2 6,74%

Reference 1	Coverage 3,60%	Character Range	5026 - 5288
-------------	----------------	-----------------	-------------

Ao nível das vantagens, tem a ver com a socialização que vão efetuando junto dos utentes que não tem a doença, pois estão em convivência com os outros e não estão isolados.
Ao nível das desvantagens prendem-se com os utentes sem a doença não entenderem a mesma.

Reference 2	Coverage 3,13%	Character Range	5398 - 5626
-------------	----------------	-----------------	-------------

É sempre pelo diálogo, através, deste conseguimos que os utentes sem a doença às vezes compreenda, e tentamos explicar que não agem assim porque querem mas sim porque o cérebro não os ajuda. E não tem noção do que estão a fazer.

Total References	22
Coverage	4,37%
Total Users	1

Internals\Entrevista 5

Document

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;

1 3,58%

Reference 1	Coverage	3,58%	Character Range	4650 - 4956
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim, acho que há uma boa articulação entre os profissionais, e quando existem colegas que já conhecem os utentes com Alzheimer, sabem melhor o que eles têm e como são e explicam. "Olha com estes utentes tem que ser assim, porque ela faz isto e aquilo". Depende também das colegas, que umas não ajudam nada.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;

2 1,77%

Reference 1	Coverage	0,14%	Character Range	1188 - 1200
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Acho que sim

Reference 2	Coverage	1,63%	Character Range	1229 - 1368
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Porque tenho a minha avó que também tem Alzheimer e acho que tenho muita paciência para eles e gosto de estar com os mesmos e de os ajudar.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

1 5,97%

Reference 1	Coverage	5,97%	Character Range	583 - 1093
-------------	----------	-------	-----------------	------------

Sei que é uma doença que afeta o sistema psicológico da pessoa e com o tempo também afeta o sistema motor. As pessoas começam a ter dificuldades em fazer as tarefas domésticas esquecem-se de muita coisa, praticamente de tudo e às vezes também se começam a esquecer da própria família.
Por exemplo a minha avó também tem Alzheimer e tem sempre a fixação de passar a ferro, mas já não consegue, antigamente gostava de tudo direitinho e agora não quer saber, assim como não tem noção nem das horas, nem dos dias.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

2 5,06%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,14%	<i>Character Range</i>	3238 - 3250
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Um bocadinho

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	4,92%	<i>Character Range</i>	3287 - 3707
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Mais atenção do que os outros porque por vezes querem fugir, fazem disparates que os podem por em perigo. Temos uma utente que quer ir constantemente à casa de banho, e quando não deve, tira papel higiénico e leva o mesmo dentro da mala o que faz com que estejamos sempre com atenção aos pormenores, ao que é que eles andam a fazer para ver se estão bem ou não de forma a dar-lhe uma melhor qualidade de vida e conforto.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Influencia no comportamento dos profissionais;

4 5,11%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,04%	<i>Character Range</i>	2758 - 2761
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	3,95%	<i>Character Range</i>	2797 - 3134
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Faz-me ver a vida de uma maneira diferente e ver os idosos e as suas atitudes também de outra forma. Eu antes de vir trabalhar para o Lar, tinha uma maneira diferente de ver os idosos e de pensar e agir, agora já sei que determinadas atitudes têm a ver com doenças e a cabecinha, já não dá para mais, já não têm capacidade de raciocínio.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	0,05%	<i>Character Range</i>	7880 - 7884
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim.

Reference 4	Coverage 1,08%	Character Range 7912 - 8004
-------------	----------------	-----------------------------

Criasse uma relação de afeto maior com estas pessoas, pois temos que lhes dar mais atenção.

Node Coding

References Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

1 6,89%

Reference 1	Coverage 6,89%	Character Range 1868 - 2456
-------------	----------------	-----------------------------

Às vezes tentar fazer com que eles percebam as coisas, como é o caso de terem que ir almoçar. Uma das utentes com a doença de Alzheimer, quando lhe dizemos que tem que ir almoçar, ela responde "não tem fome agora, não me apetece" e temos que tentar manter conversa para tentar dar-lhe a volta com coisas de que ela gosta, ou que conheça para ver se ele quer ir connosco e funciona. Agora se lhes começarmos a dizer insistentemente tem que vir, vá tem que vir, com um tom de voz mais alto e obrigar estes utentes, ainda ficam piores e mais agressivos e assim é que não conseguimos nada.

Node Coding

References Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Percepção acerca das necessidades do cliente;

1 1,17%

Reference 1	Coverage 1,17%	Character Range 2565 - 2665
-------------	----------------	-----------------------------

Muita atenção, muita paciência, e alguém que esteja ali sempre pronto a ajudar e interagir com eles.

Node Coding

References Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

3 10,79%

Reference 1	Coverage 0,41%	Character Range 3820 - 3855
-------------	----------------	-----------------------------

Com muita calma, carinho e atenção.

Reference 2	Coverage 6,21%	Character Range 3986 - 4516
-------------	----------------	-----------------------------

Devemos estimular o utente a fazer as coisas como fazia no seu dia-a-dia, porque se o impedirmos de fazer todas as tarefas, o raciocínio ainda vai ficar pior, mesmo a nível motor também vão ficar muito mais parados e acabam por ficar acamados, tornando-se completamente dependentes se não forem estimulados.
Eu quando faço higiene digo sempre: "agora vamos lavar a cara" e eles ajudam e vão também limpando-se, assim como colaboram também no vestir. Tento que mantenham a rotina diária a que estavam habituados a fazer em casa.

Reference 3	Coverage 4,17%	Character Range 5041 - 5397
-------------	----------------	-----------------------------

Talvez haver um grupo de auxiliares mais focado naqueles utentes com Alzheimer, até porque muitas vezes eles com os outros utentes entram em conflito, porque não sabem o que estão a fazer.
Também acho que seria muito importante uma formação nesta área, pois necessito para entender melhor e ter mais conhecimentos sobre pormenores para trabalhar com eles.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de
trabalho;**

References Coverage

1 3,27%

Reference 1	Coverage 3,27%	Character Range 1449 - 1728
-------------	----------------	-----------------------------

Dar de comer, estar com eles na sala, ajudá-los a fazer as tarefas que eles querem.
Por exemplo ir à casa de banho, levá-los para o refeitório, isto é interagir diretamente com eles.
Acho-os queridos, são pessoas que só precisam de carinho e temos que lhes dar também atenção.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da influência nas
dinâmicas quotidianas do Lar**

References Coverage

2 4,21%

Reference 1	Coverage 1,86%	Character Range 7328 - 7487
-------------	----------------	-----------------------------

Às vezes temos que "perder tempo", para estar um bocadinho mais com os doentes com alzheimer, para que fiquem mais sossegados ou para os levar à casa de banho.

Reference 2	Coverage 2,34%	Character Range 7515 - 7715
-------------	----------------	-----------------------------

Quando estamos com estes doentes não estamos a fazer outros serviços que também nos competem.
Mas estes utentes dão uma alegria à casa com a sua maneira particular de ser muito própria da patologia.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Perceção dos
funcionários do impacto no quotidiano dos outros
clientes;**

References Coverage

2 5,96%

Reference 1	Coverage 0,69%	Character Range 5687 - 5746
-------------	----------------	-----------------------------

Segundo o que observo interferem sim com os outros utentes.

Reference 2	Coverage	5,27%	Character Range	5851 - 6301
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Interferem porque são pessoas que ficam muito agitadas e temos vários utentes assim, que andam sempre de um lado para o outro a querer ir para vários sítios e os outros utentes perdem um pouco a paciência porque não entendem o motivo pelo qual agem dessa forma. No entanto eu tento explicar aos utentes sem a demência de que é uma doença e que eles não fazem aquilo por mal e até se esquecem do que fizeram. É muito complicado para os fazer entender.

Node Coding

References

Coverage

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens -
Desvantagens no convívio**

2 6,68%

Reference 1	Coverage	3,91%	Character Range	6431 - 6765
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

As vantagens são importantes pois os utentes que não tem a doença e que conseguem fazer as coisas sozinhos podem ajudar os clientes que têm Alzheimer dizendo o que devem fazer, para onde devem ir, isto para os que ainda entendem minimamente.
As desvantagens são as perdas de paciência que às vezes provocam nos clientes sem a doença.

Reference 2	Coverage	2,76%	Character Range	6875 - 7111
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

As estratégias que uso, são fazer com que os clientes sem a doença de Alzheimer entendam. No entanto é difícil, às vezes dizem "eles só não estão bem para o que não querem", "só estão bem para fazer disparates". Alguns não compreendem.

Total References	22
Coverage	5,04%
Total Users	1

Internals\Entrevista 6

Document

Node Coding

References

Coverage

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa
multidisciplinar;**

1 4,40%

Reference 1	Coverage	4,40%	Character Range	5426 - 5848
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Acho que existe colaboração de todas e entre todas. Eu noto que se algum utente não está a comer bem. Vou e comunico logo à enfermeira. Observo que se passa qualquer coisa que faz com que ele não esteja bem. Pois não come, o que não é o seu modo normal. Ao informar eu tento saber o porquê de não comer. Quando o utente com Alzheimer ainda se sabe queixar, diz, agora quando já não o consegue fazer é muito mais difícil.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;

2 5,23%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,23%	<i>Character Range</i>	1058 - 1080
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim, eu penso que sim.

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	5,00%	<i>Character Range</i>	1109 - 1589
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Porque penso que no nosso dia-a-dia vamos começando a habituar-nos a estes doentes com Alzheimer e começamos a ver as suas dificuldades e aí conseguimos responder às suas necessidades. No entanto, devemos conhece-los todos, porque cada caso é um caso, não são nenhuns iguais. Estes doentes são talvez o que foram, o que viveram e a sua personalidade acaba por se manter um pouco e com a doença começam a manifestar-se através das dificuldades que têm tornando-se mais revoltados.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

1 3,57%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	3,57%	<i>Character Range</i>	619 - 962
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-----------

Penso que os utentes começam a ter dificuldades. A patologia começa a desenvolver-se através de dificuldades no seu dia-a-dia que inclui as dificuldades diárias. Perdem o sentido de orientação e a noção da realidade, porque começam a perder as suas capacidades, memória de algumas coisas e ao perderem a mesma perdem as faculdades que têm.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

2 2,90%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,03%	<i>Character Range</i>	4288 - 4291
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	2,86%	<i>Character Range</i>	4328 - 4603
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Estes requerem mais atenção, são mais sensíveis e necessitam de supervisão. Claro que temos que estar atentos porque os doentes com Alzheimer perdem a noção do que estão a fazer e já estão a errar a boca por exemplo, a juntar a comida com outra, a deitar a mesma para o chão.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Influencia no comportamento dos profissionais;

References

Coverage

4 4,41%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,03%	<i>Character Range</i>	3764 - 3767
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	3,97%	<i>Character Range</i>	3803 - 4184
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Leva-me a ficar mais sensível. Porque todos nós estamos a caminhar com a idade embora a doença de Alzheimer também tenha a ver com o fator idade que a vai desenvolvendo mais e penso que ficamos mais sensíveis no sentido de ver que estamos a caminhar para lá, interrogando-nos sobre o que nos poderá acontecer um dia mais tarde e pensar que hoje são eles e amanhã poderemos ser nós.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	0,04%	<i>Character Range</i>	8859 - 8863
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Sim.

<i>Reference 4</i>	<i>Coverage</i>	0,36%	<i>Character Range</i>	8891 - 8926
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Estou mais atenta a vários sinais.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References

Coverage

1 6,26%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	6,26%	<i>Character Range</i>	2419 - 3020
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

As dificuldades por vezes são tentar convencê-los a ir para a mesa. Como é o caso de uma utente que não quer ir, e tentamos várias maneiras para a levar, mas eu sei que a temos que levar, pois tem que ir comer, se não for não come. A dificuldade é mesmo encaminhar estes utentes com a doença de Alzheimer para o refeitório, e também existem outros aos quais tentamos dar comer e estão num dia mais complicado e não querem mesmo comer o que acontece algumas vezes.

Penso também que existe necessidade de formação ao nível de Alzheimer para aprofundar os conhecimentos e devemos estudar um pouco mais.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

1 5,63%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	5,63%	<i>Character Range</i>	3128 - 3669
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Têm necessidade de mais atenção, talvez sentirem-se mais em família, mais no seu ambiente. Pois, quando vêm para a instituição, alteram-se hábitos, enquanto nas suas casas estavam habituados a uma coisa diferente, depois conhecem pessoas novas, espaços novos e principalmente os que ainda estão mais ou menos bons da cabeça, acabam por aceitar melhor a integração. Mas os doentes com Alzheimer mais avançado são mais difíceis, precisavam de ser inseridos num ambiente mais deles, mais favorável de maneira a proporcionar um melhor bem-estar.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

3 12,61%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,98%	<i>Character Range</i>	4716 - 4810
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Eu acho que devemos estimular o utente para que ele possa ser autónomo, no que consegue fazer.

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	3,66%	<i>Character Range</i>	4941 - 5292
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Devemos deixar o utente com a doença de Alzheimer fazer algumas tarefas, como é o caso de permitir que o mesmo coma sozinho, para que este ainda se sinta útil e não fica dependente tão depressa. Temos alguns utentes com a doença de Alzheimer que ainda conseguem alimentar-se sozinhos, mas connosco a observar, levando-os a sentirem-se muito melhores.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	7,98%	<i>Character Range</i>	5932 - 6698
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Às vezes há talvez falta de tempo, e outras vezes também depende das funcionárias, porque ou não gostam do que fazem ou não têm aquele à vontade. Poder-se-ia melhorar este atendimento ao cliente da parte de algumas funcionárias, pois o utente não deve ser forçado a comer á força e a empurrar o comer. Isso deveria ser mais melhorado. A hora das refeições é uma hora de prazer e de saciar, de estar sossegado. O melhor a fazer era algumas funcionárias não se preocuparem tanto com as horas, apesar de existirem tempos a ser respeitados. Contudo, consegue-se administrar a alimentação devagar e a horas na mesma, evitando correrias, trapalhadas, dependendo da colaboração entre as funcionárias. Tem que se trabalhar alguns funcionários que estão na instituição.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

1 6,34%

Reference 1	Coverage 6,34%	Character Range	1670 - 2279
-------------	----------------	-----------------	-------------

Dá-me prazer ver que lhes dou a comidinha e que estes ficam satisfeitos, dar-lhes atenção, carinho, que é o que por vezes também necessitam e muito.
Como já estou há algum tempo em contacto com estes utentes e no refeitório, consigo perceber se estão satisfeitos com o comer, porque de uma maneira ou de outra acabam por se manifestar. Vejo também se a quantidade que ingerem é a suficiente e não insisto mais. Agora se não comem nada, tento de todas as formas dar-lhe alguma coisa e quando vejo que consigo sinto-me bem porque fiz o meu dever e ajudei no que o utente com a doença de Alzheimer necessitava.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

<u>References</u>	<u>Coverage</u>
-------------------	-----------------

2	2,22%
---	-------

Reference 1	Coverage 0,69%	Character Range	8453 - 8519
-------------	----------------	-----------------	-------------

Influência, no sentido de estarmos mais atentas e centradas neles.

Reference 2	Coverage 1,53%	Character Range	8547 - 8694
-------------	----------------	-----------------	-------------

Quando estamos com estes doentes a outra tarefa que estávamos para desenvolver tem que ficar de lado para dar mais atenção ao utente que necessita.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Perceção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

<u>References</u>	<u>Coverage</u>
-------------------	-----------------

2	2,99%
---	-------

Reference 1	Coverage 0,58%	Character Range	6988 - 7044
-------------	----------------	-----------------	-------------

Talvez os outros clientes não aceitem e não compreendam.

Reference 2	Coverage 2,41%	Character Range	7150 - 7381
-------------	----------------	-----------------	-------------

Interferem porque são utentes que provocam inquietação aos utentes sem a doença, que ficam agitados ao vê-los mais alterados, pois não conseguem perceber e pensam que os doentes com Alzheimer têm aquele comportamento porque querem.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens -
Desvantagens no convívio

2 6,38%

Reference 1 Coverage 3,42%

Character Range 7512 - 7840

Ao nível das desvantagens é porque os utentes sem a doença de Alzheimer não compreendem, não aceitam e zangam-se. Enquanto esta interação para o doente de Alzheimer acaba por ter vantagens, estando este em contacto com os utentes que não têm a doença, podem ver o seu comportamento e isso talvez os ajude, os estimule e acalme.

Reference 2 Coverage 2,97%

Character Range 7950 - 8235

As estratégias que utilizo são a explicação aos utentes que não têm a doença de Alzheimer, de que os outros utentes que têm a demência ficam doentinhos, e que não percebem o que estão a fazer. Digo para se acalmarem e tento sensibilizar os mesmos para que desculpem os outros utentes.

Total References

22

Coverage

5,25%

Total Users

1

Internals\Entrevista 7**Document****Node Coding****References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa
multidisciplinar;

1 3,30%

Reference 1 Coverage 3,30%

Character Range 3118 - 3351

Acho que existe sim. Existe sempre o esclarecimento entre os profissionais de forma como se deve agir. Nós quando temos alguma dificuldade chamamos a enfermeira. E com a animadora também observamos que estão a estimular o cérebro.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Capacitação para os
cuidados;

2 1,61%

Reference 1 Coverage 0,41%

Character Range 780 - 809

Sim, com estudo acho que sim.

Reference 2	Coverage	1,20%	Character Range	838 - 923
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

Porque penso que se estudar é melhor para entender, eu tento fazer o melhor possível.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

References

Coverage

1 1,32%

Reference 1	Coverage	1,32%	Character Range	592 - 685
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

É uma demência que faz com que as pessoas se esqueçam de quem são, o que fazem e o que eram.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

References

Coverage

2 3,21%

Reference 1	Coverage	0,04%	Character Range	2246 - 2249
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim

Reference 2	Coverage	3,17%	Character Range	2286 - 2510
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Estes requerem ajuda ao nível da higiene, no comer. Também têm que ser ajudados a ir à casa de banho. Isto é nos cuidados básicos e necessitam de mais e maior vigilância, porque por vezes fogem, desorientam-se e desaparecem.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Influencia no comportamento dos profissionais;

References

Coverage

4 5,48%

Reference 1	Coverage	0,42%	Character Range	1933 - 1963
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Para já não, futuramente terá.

Reference 2	Coverage	2,01%	Character Range	1999 - 2141
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Porque eles parecendo que não, e não têm a culpa, tornam-se cansativos pois necessitam de muita atenção, e o nosso cérebro pode também cansar.

Reference 3	Coverage	0,48%	Character Range	6173 - 6207
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim, mas eu vou estando habituada.

Reference 4	Coverage	2,56%	Character Range	6235 - 6416
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Inicialmente fazia-me confusão porque é que eles falavam sempre no antigamente. Do presente não se lembram mas do passado lembram-se muito mais. Leva-me a pensar se ficarei assim.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References

Coverage

1 2,18%

Reference 1	Coverage	2,18%	Character Range	1301 - 1455
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Saber como é que eu devo lidar com certas situações que me possam aparecer, como é o caso de como auxilia-los para que sejam bem atendidos e estejam bem.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das necessidades do cliente;

References

Coverage

1 3,88%

Reference 1	Coverage	3,88%	Character Range	1563 - 1837
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Precisam de atenção, de fazer alguma coisa, terem a família por perto, serem estimulados para que possam ser autónomos nalgumas coisas, que a família e quem cuida dos mesmos lhes dê atenção, que não se sintam inutilizados e que se sintam bem entre eles, e com eles próprios.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos
cuidados;**

3 7,44%

Reference 1	Coverage	1,22%	Character Range	2622 - 2708
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Com calma, pois se agirmos bruscamente é pior e eles fazem o contrário do que pedimos.

Reference 2	Coverage	2,05%	Character Range	2839 - 2984
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

É melhor deixar o utente ser autónomo, mas ajudá-lo quando precisa, para que ele não se sinta inutilizado e para não ficar dependente dos outros.

Reference 3	Coverage	4,16%	Character Range	3436 - 3730
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Não deixar os mesmos sozinhos, estimulá-los com atividades, poderem fazer umas pequenas tarefas desde que não requeressem esforço, falar com eles, dar passeios, deixá-los vestir-se sozinhos até conseguirem.
Era importante também ter mais tempo para lidar com os mesmos e dar-lhes mais atenção.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de
trabalho;**

1 2,20%

Reference 1	Coverage	2,20%	Character Range	1004 - 1159
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Falar com os utentes, dar-lhes atenção, fazer com que eles façam algumas coisas, para que sejam o mais autónomos possível, permitindo a qualidade de vida.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da influência nas
dinâmicas quotidianas do Lar**

2 4,87%

Reference 1	Coverage	2,56%	Character Range	5635 - 5816
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Por vezes quando temos que fazer o serviço e estes utentes querem fugir, temos que parar o que estamos a fazer e estar um bocadinho a falar com eles e por vezes levamo-los connosco.

Reference 2	Coverage 2,31%	Character Range	5844 - 6007
-------------	----------------	-----------------	-------------

Se estamos com o utente com Alzheimer deixamos o que estamos a fazer, e retomamos a mesma quando houver possibilidade, tentando que estes utentes fiquem entretidos

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Perceção dos
funcionários do impacto no quotidiano dos outros
clientes;**

References

2 5,68%

Reference 1	Coverage 2,93%	Character Range	4021 - 4228
-------------	----------------	-----------------	-------------

Podem causar pena nos outros utentes que não têm a doença, porque esta para quem não a conheça, pode pensar que é outra coisa qualquer e não têm noção.
Também depende de como estão os doentes de Alzheimer.

Reference 2	Coverage 2,75%	Character Range	4334 - 4528
-------------	----------------	-----------------	-------------

Interferem porque quando estão mais agressivos provocam apreensão nos utentes que não têm a doença, deixando-os também mais preocupados, pois alguns pensam que lhes pode também acontecer a eles.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca do impacto
provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens -
Desvantagens no convívio**

References

2 9,15%

Reference 1	Coverage 3,50%	Character Range	4658 - 4905
-------------	----------------	-----------------	-------------

As vantagens são boas pois em contacto, sempre são estimulados.
Ao nível das desvantagens, quando os doentes de Alzheimer não reconhecem os outros utentes, pode causar um impacto negativo nestes, "mas porque é que ele agora não me conhece", dizem

Reference 2	Coverage 5,65%	Character Range	5017 - 5416
-------------	----------------	-----------------	-------------

As estratégias que utilizo são a explicação aos utentes que não têm a doença de Alzheimer, de que os outros utentes não estão bem, porque se estivessem não faziam essas coisas, "entrar em conflito", e quando tal acontece tento acalmar e menciono que o utente doente causou determinada "confusão" não foi por querer, mas porque não está bem e tento manter a calma o melhor possível para que entendam.

Total References	22
Coverage	4,19%
Total Users	1

Internals\Entrevista 8

Document

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa
multidisciplinar;

1 1,06%

Reference 1	Coverage	1,06%	Character Range	2967 - 3031
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Sim, acho que existe colaboração entre todos os profissionais.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Capacitação para os
cuidados;

2 2,34%

Reference 1	Coverage	0,05%	Character Range	902 - 905
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

Sim

Reference 2	Coverage	2,29%	Character Range	934 - 1072
-------------	----------	-------	-----------------	------------

Porque acho que não é uma doença que nós tenhamos muita dificuldade, mas devemos sim ter muita paciência, acho que não é nada por ai além.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de
Alzheimer;

1 3,71%

Reference 1	Coverage	3,71%	Character Range	583 - 807
-------------	----------	-------	-----------------	-----------

O que eu posso dizer é que as pessoas se começam a esquecer de algumas das coisas mais importantes. Tenho o caso dos meus avós que têm Alzheimer e sei mais ou menos, pois percebo que se vão esquecendo, mas não sei mais nada.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

2 2,24%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,05%	<i>Character Range</i>	2213 - 2216
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Não

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	2,19%	<i>Character Range</i>	2253 - 2385
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

No entanto requerem mais paciência só.
Para mim são pessoas normais, só têm conversas estranhas e esquecem-se e baralham-se muito.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Influencia no comportamento dos profissionais;

4 2,24%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,05%	<i>Character Range</i>	1972 - 1975
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Não

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	1,62%	<i>Character Range</i>	2011 - 2109
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Porque acho que agem de determinada forma por causa da doença e pode ser também por outras coisas.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	0,07%	<i>Character Range</i>	5300 - 5304
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Não.

Reference 4	Coverage 0,50%	Character Range	5332 - 5362
-------------	----------------	-----------------	-------------

Não me apercebi ainda de nada.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

References

1 0,76%

Reference 1	Coverage 0,76%	Character Range	1314 - 1360
-------------	----------------	-----------------	-------------

Por enquanto acho que não tenho dificuldades.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Percepção acerca das necessidades do cliente;

References

1 6,81%

Reference 1	Coverage 6,81%	Character Range	1468 - 1879
-------------	----------------	-----------------	-------------

As necessidades que têm são cada vez mais da nossa compreensão, porque eles não sabem muito bem o que estão a dizer.

Mas existem funcionárias que não têm muita paciência e alguns dos outros utentes também não.

Quando estão com conversas estranhas, que nem se sabe o que estão a falar, eu por exemplo começo a falar-lhes na mesma, na brincadeira para que corresponda com o que estão a dizer e não os contrario.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos cuidados;

References

3 5,62%

Reference 1	Coverage 0,80%	Character Range	2497 - 2545
-------------	----------------	-----------------	-------------

Acho que não se devem contrariar, eu não o faço.

Reference 2	Coverage 2,60%	Character Range	2676 - 2833
-------------	----------------	-----------------	-------------

Acho que não se deve substituir o utente com Alzheimer em todas as tarefas, porque eles também gostam de participar, quando estão ainda um pouco capacitados.

Reference 3	Coverage 2,22%	Character Range	3115 - 3249
-------------	----------------	-----------------	-------------

Acho que deveria conversa-se mais com eles, porque nunca falam muito, eu quando me encontro ao pé dos mesmos, costumo falar com eles.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de trabalho;

References

1 0,35%

Reference 1	Coverage 0,35%	Character Range	1153 - 1174
-------------	----------------	-----------------	-------------

Gosto de fazer todas.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

References

2 4,41%

Reference 1	Coverage 0,28%	Character Range	4840 - 4857
-------------	----------------	-----------------	-------------

Influenciam sim.

Reference 2	Coverage 4,13%	Character Range	4885 - 5134
-------------	----------------	-----------------	-------------

Dá-me vontade de falar mais com eles. Existe um dos utentes com Alzheimer que estando muito agitado, e se estamos a varrer ele quer ajudar. Nós damos-lhe uma vassoura para a mão e ele anda ao pé de nós. Para lhes estar a dizer que não ficam piores.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Perceção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

References

2 6,84%

Reference 1	Coverage 3,43%	Character Range	3539 - 3746
-------------	----------------	-----------------	-------------

Alguns causam impacto negativo nos outros clientes que não têm a doença. E nós tentamos explicar-lhes e alguns utentes não entendem que os utentes com Alzheimer não fazem determinadas coisas devido à doença.

Reference 2	Coverage	3,41%	Character Range	3853 - 4059
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Existem utentes que sentem ciúmes dos doentes com Alzheimer, pois nós pegamos-lhe nas mãos para que nos acompanhem e alguns utentes chamam-lhes meninos, aí explica-mos que ainda lhes pode acontecer o mesmo.

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens - Desvantagens no convívio

References

2 5,34%

Reference 1	Coverage	2,39%	Character Range	4191 - 4335
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

As vantagens para mim é que se estiverem ao pé de um utente sem a doença podem conversar com este. As desvantagens são os conflitos existentes.

Reference 2	Coverage	2,95%	Character Range	4445 - 4623
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

As estratégias que utilizo é explicar que os utentes com Alzheimer não têm determinado comportamento porque querem, mas sim devido à doença, mas mesmo assim alguns não entendem.

Total References	22
Coverage	3,48%
Total Users	1

Internals\Entrevista 9

Document

Node Coding

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Articulação entre a equipa multidisciplinar;

References

1 4,16%

Reference 1	Coverage	4,16%	Character Range	3117 - 3402
-------------	----------	-------	-----------------	-------------

Penso que é fundamental, porque se obtêm bons resultados ao trabalhar-mos todos em conjunto, tirando-se bom proveito.

Pois, se trabalhar cada um para seu lado com a sua tarefa, nunca vão coincidir umas coisas com as outras, se trabalhar-mos todos em conjunto é o utente que beneficia.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Capacitação para os cuidados;

2 3,49%

Reference 1 Coverage 0,04%

Character Range 749 - 752

Sim

Reference 2 Coverage 3,44%

Character Range 781 - 1017

Porque acho que com essas pessoas deve-se ter o máximo de atenção, mais do que com os outros utentes, porque de um momento para o outro podem ir para determinados locais e temos que ter cuidado para que não fujam das nossas instalações.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Conhecimento da doença de Alzheimer;

1 1,04%

Reference 1 Coverage 1,04%

Character Range 583 - 654

A pessoa tão depressa diz uma coisa como diz outra e não tem paciência.

Node Coding

References

Coverage

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer\Cuidados diferenciados;

2 4,23%

Reference 1 Coverage 1,08%

Character Range 2101 - 2175

Sim, uns destes requerem mais disponibilidade para os ouvirmos que outros.

Reference 2 Coverage 3,15%

Character Range 2212 - 2428

Requerem mais disponibilidade para os ouvirmos e explicar algo, logo ai vamos ter mais atenção perante essa pessoa, e mimá-la mais para que a pessoa não tenha tendência a ir por outro caminho, que a possa prejudicar.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Influencia no
comportamento dos profissionais;**

References

Coverage

4 9,46%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,57%	<i>Character Range</i>	1712 - 1751
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Influência por um lado e por outro não.

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	3,06%	<i>Character Range</i>	1787 - 1997
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Porque penso que não podemos estar a agir de forma igual como se age com as pessoas normais. Eu tento mimar mais a pessoa e dar-lhe atenção, tento fazer entender que está mal e tento levar o mesmo compreender.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	0,95%	<i>Character Range</i>	5786 - 5851
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Depende, para uns não provoca nenhum impacto mas para outros sim.

<i>Reference 4</i>	<i>Coverage</i>	4,89%	<i>Character Range</i>	5879 - 6214
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Devido ao cansaço, fadiga, podem ter problemas pessoais e trazer para a instituição, podendo não terem paciência para o utente, o que está incorreto. Deve-se saber distinguir as coisas. A nossa cara deve ser sempre alegre para os utentes, pois no fundo são uns inocentes que aqui estão. Têm que ser tratados com dignidade e respeito.

Node Coding

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Percepção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Necessidades e dificuldades
sentidas no trabalho quotidiano;**

References

Coverage

1 2,17%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	2,17%	<i>Character Range</i>	1312 - 1461
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Dificuldades existem sempre, pois, temos reensinar a pessoa para saber as coisas, e sinto dificuldades para não dizer a coisa errada a essas pessoas.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Perceção acerca das
necessidades do cliente;**

1 0,73%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	0,73%	<i>Character Range</i>	1569 - 1619
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

As necessidades que têm são cada de muita atenção.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Sugestões de melhoria nos
cuidados;**

3 8,24%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	1,74%	<i>Character Range</i>	2540 - 2659
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Temos que agir com calma e com cabeça. Isto é não passarmos dos limites, deve-mos saber-nos controlar e ter ponderação.

<i>Reference 2</i>	<i>Coverage</i>	2,81%	<i>Character Range</i>	2790 - 2983
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Acho que o utente deve ser autónomo. Os que conseguem realizar tarefas, devemos deixa-los continuar e estimular os mesmos, ajudando-os a realizar algumas para permanecerem mais tempo autónomos.

<i>Reference 3</i>	<i>Coverage</i>	3,69%	<i>Character Range</i>	3488 - 3741
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Podermos ter mais tempo do que temos para os utentes. Temos tempo, mas devia ser mais de forma a haver uma ligação que estabelece-se uma melhor interação. Também como também acho importante uma formação na área para poder expandir os meus conhecimentos.

Node Coding**References****Coverage**

**Tree Nodes\Doença de Alzheimer-
Colaboradores\Perceção acerca da doença e cuidados
ao utente de Alzheimer\Tarefas do Quotidiano de
trabalho;**

1 1,06%

<i>Reference 1</i>	<i>Coverage</i>	1,06%	<i>Character Range</i>	1099 - 1172
--------------------	-----------------	-------	------------------------	-------------

Gosto de passear com eles e tentar "puxá-los" um bocado para a realidade.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

2 3,35%

Reference 1 Coverage 0,35%

Character Range 5361 - 5385

Acho que não influência.

Reference 2 Coverage 3,00%

Character Range 5413 - 5619

Não influencia porque uma pessoa como eu e algumas colegas, sabemos levar as coisas de forma a não teimar com o utente, porque ficariam agressivos e impediam o normal funcionamento do atendimento a prestar.

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Percepção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

2 2,07%

Reference 1 Coverage 0,20%

Character Range 4032 - 4046

Por vezes sim.

Reference 2 Coverage 1,87%

Character Range 4153 - 4281

Há utentes que não sabem lidar com a situação e logo aí temos que intervir para não haver desentendimentos entre ambas as partes

Node Coding**References****Coverage**

Tree Nodes\Doença de Alzheimer-Colaboradores\Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer\Vantagens - Desvantagens no convívio

2 9,01%

Reference 1 Coverage 3,44%

Character Range 4415 - 4651

As vantagens para mim é que se estiverem ao pé de um utente sem a doença podem conversar com este, mesmo não sabendo do assunto que estão a falar mas falam.
As desvantagens é que podem perturbar os outros com comportamentos ou atitudes

As estratégias que utilizo passam por primeiro tentar ver qual é o motivo do desentendimento, ouvindo ambas as partes, dando razão a ambos, e não expandir o motivo da discussão, porque assim causaria um impacto ainda maior. Eu digo aos utentes que não têm alzheimer, para não darem muita importância ao utente que tem ao que ele está a dizer, porque senão pode gerar mais conflitos.

Total References	22
-------------------------	-----------

Coverage	4,08%
-----------------	--------------

Total Users	1
--------------------	----------

Source Summary Report

Project: Alzheimer
Generated: 18-11-2014 15:59

Entrevista 1 Document

Properties

Created On	06-06-2014 16:10	By	IV
Modified On	08-06-2014 19:07	By	IV
Size	8,31 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.621
Paragraphs	90

Entrevista 10 Document

Properties

Created On	06-06-2014 16:14	By	IV
Modified On	08-06-2014 18:01	By	IV
Size	7,38 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.331
Paragraphs	97

Entrevista 2 Document

Properties

Created On	06-06-2014 16:11	By	IV
Modified On	07-06-2014 23:58	By	IV
Size	9,06 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.869
Paragraphs	99

Entrevista 3**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:12	By	IV
Modified On	08-06-2014 14:16	By	IV
Size	9,47 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	2.036
Paragraphs	110

Entrevista 4**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:12	By	IV
Modified On	08-06-2014 14:31	By	IV
Size	7,04 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.219
Paragraphs	99

Entrevista 5**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:12	By	IV
Modified On	08-06-2014 16:46	By	IV
Size	7,79 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.472
Paragraphs	99

Entrevista 6**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:13	By	IV
Modified On	08-06-2014 17:01	By	IV
Size	8,27 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.623
Paragraphs	104

Entrevista 7**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:13	By	IV
Modified On	08-06-2014 17:16	By	IV
Size	7,02 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.171
Paragraphs	97

Entrevista 8**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:13	By	IV
Modified On	08-06-2014 17:31	By	IV
Size	6,40 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.003
Paragraphs	95

Entrevista 9**Document****Properties**

Created On	06-06-2014 16:14	By	IV
Modified On	08-06-2014 17:46	By	IV
Size	6,88 KB		

Statistics

Cases Coding	0
Free Nodes Coding	0
Tree Nodes Coding	12
Matrices Coding	0
Results Coding	0
Relationships Coding	0
Users Coding	1
Words	1.137
Paragraphs	94

TREE NODES

Type	Name	Memo Link	Sources	References	Created On	Created By	Modified On	Modified By
Tree Node	Doença de Alzheimer-Colaboradores		0	0	06-06-2014 16:16	IV	06-06-2014 16:16	IV
Tree Node	Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer		0	0	06-06-2014 16:19	IV	06-06-2014 16:19	IV
Tree Node	Articulação entre a equipa multidisciplinar;		10	10	06-06-2014 16:22	IV	08-06-2014 17:57	IV
Tree Node	Capacitação para os cuidados;		10	20	06-06-2014 16:19	IV	08-06-2014 18:41	IV
Tree Node	Conhecimento da doença de Alzheimer;		10	10	06-06-2014 16:19	IV	08-06-2014 17:50	IV
Tree Node	Cuidados diferenciados;		10	20	06-06-2014 16:22	IV	08-06-2014 18:48	IV
Tree Node	Influencia no comportamento dos profissionais;		10	39	06-06-2014 16:22	IV	08-06-2014 22:25	IV
Tree Node	Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;		10	12	06-06-2014 16:21	IV	08-06-2014 17:52	IV
Tree Node	Percepção acerca das necessidades do cliente;		10	10	06-06-2014 16:21	IV	08-06-2014 18:45	IV
Tree Node	Sugestões de melhoria nos cuidados;		10	31	06-06-2014 16:22	IV	08-06-2014 22:07	IV
Tree Node	Tarefas do Quotidiano de trabalho;		10	10	06-06-2014 16:21	IV	08-06-2014 17:51	IV
Tree Node	Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas		10	22	06-06-2014 16:33	IV	08-06-2014 18:00	IV

	do Lar								
Tree Node	Perceção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer		0	0	06-06-2014 16:26	IV	06-06-2014 16:26	IV	
	Tree Node	Perceção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;		10	21	06-06-2014 16:26	IV	08-06-2014 17:58	IV
	Tree Node	Vantagens - Desvantagens no convívio		10	19	06-06-2014 16:27	IV	08-06-2014 17:59	IV

ANEXO V

Dimensões, Categorias e Sub-categorias

Dimensão 1 (D1) – Percepção acerca da doença e cuidados ao utente de Alzheimer

Categorias 1 (CAT1) – Conhecimento da doença de Alzheimer;

Categorias 2 (CAT2) – Capacitação para os cuidados;

Categorias 3 (CAT3) – Tarefas do Quotidiano de trabalho;

Categorias 4 (CAT4) – Necessidades e dificuldades sentidas no trabalho quotidiano;

Categorias 5 (CAT5) – Percepção acerca das necessidades do cliente;

Categorias 6 e 14 (CAT6 + 14) – Influencia no comportamento dos profissionais;

Categorias 7 (CAT7) – Cuidados diferenciados;

Categorias 9 (CAT9) – Articulação entre a equipa multidisciplinar;

Categorias 8 e 10 (CAT8 + 10) – Sugestões de melhoria nos cuidados;

Dimensão 2 (D2) – Percepção acerca do impacto provocado pelos utentes de Alzheimer

Categorias 1 (CAT1) – Percepção dos funcionários do impacto no quotidiano dos outros clientes;

Categorias 2 (CAT2) – Vantagens/ desvantagens no convívio (arrastar as vantagens e desvantagens e depois e que as agrupo);

Dimensão 3 (D3) – Percepção acerca da influência nas dinâmicas quotidianas do Lar

ANEXO VI

Matriz da Codificação Global das Entrevistas – Nvivo versão 8

	Dimensões	Categorias		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Doença de Alzheimer	Percepção acerca da doença e cuidados ao cliente de Alzheimer	Necessidades e dificuldades sentidas	Agressividade/agitação	x	x	x	x	x					x	6
			Recus. part. atividades	x	x	x			x					4
			Prostração	x										1
			Fuga		x									1
			Interação/Comunicação		x			x				x		3
			Formação						x					1
		Conhecimento da doença de Alzheimer	Não sei nada								x			1
			Tenho alguma informação			x			x				x	3
			Deterioração das Células Cerebrais	x	x		x						x	4
			Perda de Memória/Esquecimento		x		x	x	x	x	x	x		7
			Demência							x				1
		Capacitação para os cuidados	Às vezes	x										1
			Sentem-se capacitados		x			x	x	x	x	x	x	7
			Necessidade de Formação			x				x				2
			Depende do utente				x							1
		Tarefas do quotidiano de trabalho que dão mais prazer realizar	Interação com os clientes		x		x	x	x	x		x	x	7
			Apoio nas A.V.D's		x	x		x	x					4
			Todas								x			1
		Percepção acerca das necessidades do cliente	Acompanhamento médico adequado	x										1
			Supervisão, mas movimentarem-se livremente	x										1
			Mais Interação/Atenção/Companhia		x	x	x	x	x	x		x	x	8
			Musica		x									1
			Tempo para os mesmos		x	x				x				3
			Falta de carinho				x							1
			Não alterar regras abruptamente						x					1
			Compreensão/Estimulação							x	x			2
		Influencia no comportamento dos profissionais	Indiferença		x	x						x	x	4
			Passividade	x							x			2
			Frustração	x		x							x	3
			Dificuldade em enfrentar Devido ao aparecimento precoce	x										1
			Sensibilidade para a demência		x			x	x	x	x	x		6
			Mais despertos na alteração de comportamentos		x		x		x					3
			Desvaloriza		x	x								2
		Cuidados diferenciados	Depende das situações	x								x	x	3
			Condições de acolhimento	x									x	2
			Espaço adequado	x			x							2
			Atendimento personalizado	x						x			x	3
			Acompanhamento diferenciado			x		x	x			x	x	5
			Profissionais mais disponíveis									x	x	2

		Articulação entre a equipa multidisciplinar	É emergente a constituição de uma equipa multidisciplinar para trabalhar com estes clientes	x	x										2	
			Os funcionários na maioria funcionam em conjunto			x	x	x	x	x	x	x	x		8	
Impactos provocados pelos clientes de Alzheimer	Perceção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes	Perceção das funcionárias acerca do impacto dos clientes portadores da demência de Alzheimer nos outros clientes	É difícil, os clientes com Alzheimer interferem com os outros	x		x	x	x		x					5	
			Os clientes não portadores da demência não entendem o comportamento dos outros	x	x		x	x	x	x	x		x		8	
			Conflitos	x									x	x	3	
			Falta de paciência por parte dos clientes não portadores da demência		x			x						x	3	
			Não são bem recebidos pelos clientes não portadores da demência			x									1	
		Vantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência	Socialização/Convívio	x	x		x					x	x		5	
			Interação			x			x		x	x	x		5	
			Estimulação de capacidades		x				x	x					3	
			Ajuda/Orientação			x		x							2	
		Desvantagens do convívio entre clientes com a demência com clientes sem demência	Conflitos	x								x	x	x	4	
			Stress		x										1	
			Medo		x										1	
			Falta de Compreensão/Paciência				x	x	x	x					4	
			Perturbam os outros clientes			x							x		2	
		Influência nas dinâmicas quotidianas do Lar		Não influência			x							x		2
				Alteração do espaço e rotinas quotidianas	x										x	2
				Depende do cliente, do seu comportamento											x	1
				Necessidade de mais tempo para cuidar destes clientes		x			x			x				3
Atenção redobrada para evitar fugas e algo que coloque a sua segurança em causa						x		x	x					3		
Quando estamos a interagir com estes clientes não estamos a desempenhar outras tarefas também necessárias								x	x	x				3		
Perceção acerca da doença e cuidados ao cliente de Alzheimer	Sugestões	Deixar o cliente ser autónomo, vigiando-o	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		10		
		Estimular o cliente	x	x	x	x	x	x	x	x			x	9		
		Mais tempo para os cuidados	x					x	x			x		4		
		Formação	x	x	x	x						x	x	6		
		Redução de clientes	x											1		
		Mais supervisão											x	1		
		Mais humanismo/interação			x		x	x		x				4		
		Funcionários, só focados para trabalhar com estes doentes de Alzheimer						x						1		

ANEXO VII

Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de março de 2014

1688

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Decreto-Lei n.º 33/2014 de 4 de março

O Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, aprovou o regime de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas.

O regime sancionatório aplicável às entidades que desenvolvem atividades e serviços de apoio social, está previsto no capítulo IV do Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, aplicável nos termos do n.º 1 do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro.

Este regime sancionatório encontra-se desajustado da realidade atual, designadamente no que concerne aos limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis, que se mantêm inalterados desde 1997.

Com efeito, os tipos de ilícitos atualmente previstos exigem uma reformulação no sentido de uma melhor adaptação à realidade e à legislação entretanto publicada, procurando que os mesmos sejam dissuasores da prática de ilícitos, em particular do exercício da atividade sem licenciamento e de situações de negligência e maus tratos, com caráter de reincidência.

A necessidade de combater estas práticas ilícitas sancionando-as de forma rigorosa é premente, particularmente no que concerne ao exercício ilegal de atividades de apoio social, que funcionam ao arrepio dos mais elementares direitos dos cidadãos, adultos e crianças ou jovens institucionalizados, e que o Estado tem o dever de proteger, regulando mais eficazmente, porque envolvem pessoas em situação de grande vulnerabilidade social.

Apesar dos serviços competentes da segurança social terem vindo a intensificar fortemente o combate a este tipo de infrações, torna-se necessário proceder à revisão do regime sancionatório aplicável, atenta a relevância e os níveis de exigência que as atividades de apoio social implicam.

Para a prossecução deste desiderato exige especial consideração a fixação dos limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis para que estas constituam efetivamente um instrumento desincentivador da prática de ilícitos e de comportamentos reincidentes.

Nesta perspetiva, estabelecem-se valores de coimas desencorajadores da prática de ilícitos e prevê-se o agravamento do montante da coima para os casos de reincidência.

Aproveitou-se, ainda, a oportunidade para adequar conceitos que se encontravam desatualizados na parte referente ao regime de licenciamento e fiscalização.

Assim:

No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 57/2013, de 14 de agosto, e nos termos das alíneas *a)* e *b)* do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, que define o regime jurídico de instalação, funcionamento

Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de março de 2014

e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional.

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março

Os artigos 1.º a 5.º, 7.º, 8.º, 12.º a 22.º, 24.º a 28.º, 30.º, 31.º, 33.º, 38.º e 41.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 1.º

[...]

O presente decreto-lei define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, adiante designados por estabelecimentos, em que sejam exercidas atividades e serviços do âmbito da segurança social relativos a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, de disfunção e de marginalização social, estabelecendo ainda o respetivo regime sancionatório.

Artigo 2.º

[...]

1 - O presente decreto-lei aplica-se aos estabelecimentos prestadores de serviços de apoio social estabelecidos em território nacional das seguintes entidades:

- a)* Sociedades ou empresários em nome individual;
- b)* Instituições particulares de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas;
- c)* Entidades privadas que desenvolvam atividades de apoio social.

2 - O presente decreto-lei aplica-se ainda aos prestadores de serviços de apoio social legalmente estabelecidos noutro Estado Membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu que desenvolvam as atividades previstas no artigo 4.º, no cumprimento do estabelecido no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

3 - [Anterior n.º 2].

Artigo 3.º

[...]

Consideram-se de apoio social os estabelecimentos em que sejam prestados serviços de apoio às pessoas e às famílias, independentemente de estes serem prestados em equipamentos ou a partir de estruturas prestadoras de serviços que prossigam os objetivos do sistema de ação social definidos na Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, que aprova as bases gerais do sistema de segurança social.

Artigo 4.º

[...]

1 - Os serviços de apoio às pessoas e famílias referidos no artigo anterior são desenvolvidos pelas seguintes respostas sociais:

- a)* No âmbito do apoio às crianças e jovens: creche, centro de atividades de tempos livres, centro de apoio

familiar e aconselhamento parental, lar de infância e juventude e apartamento de autonomização, casa de acolhimento temporário;

b) No âmbito do apoio a pessoas idosas: centro de convívio, centro de dia, centro de noite, estruturas residenciais para pessoas idosas;

c) [...];

d) [...];

e) No âmbito do apoio a outros grupos: apartamento de reinserção social, residência para pessoas com VIH/ sida, centro de alojamento temporário e comunidade de inserção;

f) [...].

2 - [...].

Artigo 5.º

[...]

As condições técnicas de instalação e funcionamento dos estabelecimentos são as regulamentadas em diplomas específicos e em instrumentos regulamentares aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da segurança social, os quais são também publicitados no sítio oficial www.seg-social.pt.

Artigo 7.º

[...]

1 - O licenciamento de construção é requerido à câmara municipal e está sujeito, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos diplomas específicos e instrumentos regulamentares respeitantes às condições de instalação dos estabelecimentos, ao regime jurídico da urbanização e edificação (RJUE), estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro.

2 - [...].

3 - [...].

4 - [...].

Artigo 8.º

[...]

1 - [...];

a) [...];

b) O cumprimento das normas estabelecidas no presente decreto-lei e nos diplomas específicos e instrumentos regulamentares respeitantes às condições de instalação dos estabelecimentos;

c) [...];

d) A capacidade do estabelecimento.

2 - [...].

3 - [...].

4 - [...].

5 - [...].

6 - [...].

7 - [...].

Artigo 12.º

Condições para a concessão da licença

A licença de funcionamento para cada resposta social depende da verificação das seguintes condições:

a) Da conformidade das instalações e do equipamento com o desenvolvimento da resposta social pretendida;

b) [...];

c) Da existência de pessoal adequado às atividades a desenvolver, de acordo com os diplomas específicos e os instrumentos regulamentares aplicáveis a cada resposta social;

d) [...];

e) Da idoneidade do requerente e do pessoal ao serviço do estabelecimento, considerando o disposto no artigo seguinte.

Artigo 13.º

Impedimentos

1 - Não podem exercer funções, a qualquer título, nos estabelecimentos, as pessoas que:

a) Tenham sido interditadas do exercício das atividades em qualquer estabelecimento abrangido pelo presente decreto-lei;

b) Tenham sido condenadas, por sentença transitada em julgado, qualquer que tenha sido a natureza do crime, nos casos em que tenha sido decretada a interdição de profissão relacionada com a atividade de estabelecimentos de idêntica natureza.

2 - Tratando-se de pessoa coletiva, os impedimentos referidos no número anterior dizem respeito às pessoas dos administradores, sócios gerentes, gerentes ou membros dos órgãos sociais das instituições.

3 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, no caso dos estabelecimentos para crianças e jovens, é obrigatório o cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 113/2009, de 17 de setembro.

Artigo 14.º

Legitimidade para requerer o licenciamento

Podem requerer o licenciamento do funcionamento para uma resposta social, as pessoas singulares e coletivas que pretendam desenvolver as respostas sociais referidas no artigo 4.º, independentemente do título de utilização das instalações a elas afetas, desde que seja observado o disposto no artigo anterior.

Artigo 15.º

[...]

1 - O pedido de licenciamento do funcionamento de uma resposta social é dirigido ao Instituto da Segurança Social, I.P., através de requerimento, em modelo próprio, do qual constam:

a) A identificação do requerente;

b) A denominação do estabelecimento;

c) A localização do estabelecimento;

d) A identificação da direção técnica;

e) O tipo de serviços que se propõe prestar;

f) A capacidade proposta.

2 - [Revogado].

Artigo 16.º

Instrução

1 - O requerimento de licenciamento, a que se refere o artigo anterior, é instruído com os seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação da pessoa coletiva, do cartão de cidadão ou do bilhete de identidade do requerente;

- b) Cópia do cartão de identificação fiscal;
- c) [...];
- d) Certidão do registo criminal do requerente ou dos representantes legais referidos no n.º 2 do artigo 13.º;
- e) [...];
- f) [...];
- g) [...];
- h) [...];
- i) [...];
- j) [...].
- 2 - [...].
- 3 - [...].
- 4 - [...].

Artigo 17.º

[...]

1 - O Instituto da Segurança Social, I.P., profere decisão, devidamente fundamentada, sobre o pedido de licenciamento no prazo de 30 dias a contar da data de receção do requerimento.

- 2 - [...].
- 3 - [...].

Artigo 18.º

[...]

1 - Quando tenha sido proferida decisão favorável é emitida, para cada resposta social, a licença de funcionamento, em impresso de modelo próprio aprovado por portaria do membro do Governo responsável pela área da segurança social, do qual consta:

- a) A denominação do estabelecimento;
- b) A localização;
- c) A identificação da pessoa ou entidade gestora do estabelecimento;
- d) A resposta social a desenvolver no estabelecimento;
- e) A capacidade máxima;
- f) A data de emissão.
- 2 - [Revogado].

Artigo 19.º

[...]

1 - Nos casos em que não se encontrem reunidas as condições exigidas para a concessão de licença de funcionamento, mas seja previsível que as mesmas possam ser satisfeitas, pode ser concedida uma autorização provisória de funcionamento, salvo se as condições de funcionamento forem suscetíveis de comprometer a saúde, segurança, bem-estar dos utentes e a qualidade dos serviços a prestar.

- 2 - [...].
- 3 - [...].

4 - No período de vigência da autorização provisória de funcionamento os estabelecimentos são considerados de utilidade social.

5 - Às instituições particulares de solidariedade social ou equiparadas, ou outras instituições sem fins lucrativos com quem o Instituto da Segurança Social, I.P., pretenda celebrar acordo de cooperação, que reúnam as condições exigidas para a concessão da licença, é concedida uma autorização provisória de funcionamento

por um prazo de 180 dias, renovável até à celebração de acordo.

Artigo 20.º

[...]

1 - A interrupção do funcionamento do estabelecimento por um período superior a um ano determina a suspensão da respetiva licença.

- 2 - [...].
- 3 - [...].
- 4 - [...].

Artigo 21.º

[...]

A interrupção do funcionamento do estabelecimento por um período superior a cinco anos, ou a cessação definitiva, determina a caducidade da licença.

Artigo 22.º

[...]

- 1 - [...].
- 2 - [...].

3 - O pedido de substituição é indeferido se as alterações não respeitarem as condições referidas no artigo 12.º

Artigo 24.º

[...]

Cada estabelecimento deve adotar uma denominação própria que permita a sua individualização e impeça a duplicação de denominações.

Artigo 25.º

Contratos de prestação de serviços

Os diplomas específicos e os instrumentos regulamentares de cada resposta social podem estabelecer a obrigatoriedade de celebração por escrito de contratos de prestação de serviços com os utentes ou seus representantes, devendo os mesmos integrar cláusulas sobre os principais direitos e deveres das partes contratantes.

Artigo 26.º

[...]

1 - Cada estabelecimento dispõe de um regulamento interno de funcionamento, do qual constam, designadamente:

- a) As condições de admissão dos utentes;
- b) Os cuidados e serviços a prestar;
- c) Os direitos e deveres;
- d) O horário de funcionamento;
- e) O preçário ou critérios de determinação das comparticipações familiares.

2 - Qualquer alteração ao regulamento interno é comunicada ao Instituto da Segurança Social, I.P., nos termos da alínea b) do n.º 2 do artigo 30.º

Artigo 27.º

[...]

São afixados nos estabelecimentos abrangidos pelo presente decreto-lei, em local visível e de fácil acesso, os seguintes documentos:

- a) [...];
- b) O mapa de pessoal e respetivos horários;
- c) A identificação do diretor técnico;
- d) [...];
- e) [...];
- f) A minuta do contrato de prestação de serviços;
- g) O mapa semanal das ementas, quando aplicável;
- h) O preçário;
- i) Os critérios de determinação da comparticipação familiar, quando aplicável;
- j) O valor da comparticipação financeira da segurança social nas despesas de funcionamento, quando aplicável;
- k) A indicação da existência de livro de reclamações.

Artigo 28.º

[...]

1 - Nos estabelecimentos deve existir um livro de reclamações de harmonia com o disposto na legislação em vigor.

2 - A fiscalização, a instrução dos processos e a aplicação das coimas e sanções acessórias compete aos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P.

Artigo 30.º

Obrigações específicas das entidades gestoras

1 - Os proprietários ou titulares dos estabelecimentos são obrigados a facultar aos serviços competentes de fiscalização e inspeção o acesso ao estabelecimento e a todas as suas dependências, bem como as informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento.

2 - [...]:

a) Anualmente, o preçário em vigor, os mapas estatísticos dos utentes e a relação do pessoal existente no estabelecimento, acompanhado de declaração em como não se verifica qualquer dos impedimentos referidos no artigo 13.º;

b) [...];

c) No prazo de 30 dias, informação de qualquer alteração dos elementos referidos no artigo 18.º e, bem assim, da interrupção ou cessação do funcionamento por iniciativa dos proprietários.

Artigo 31.º

[...]

1 - [...].

2 - As ações referidas no número anterior devem ser acompanhadas pelo diretor técnico do estabelecimento e concretizam-se, através da realização de, pelo menos, uma vistoria de dois em dois anos e sempre que se justifique.

3 - [Revogado].

Artigo 33.º

[...]

Para efeitos das ações de avaliação e fiscalização previstas nos artigos anteriores, o Instituto da Segurança Social, I.P., pode solicitar a colaboração de peritos e entidades especializadas do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, da autoridade de saúde e de outros serviços competentes, tendo designadamente em consideração as condições de salubridade e segurança, acondicionamento dos géneros alimentícios e condições higio-sanitárias.

Artigo 38.º

[...]

Os estabelecimentos das instituições particulares de solidariedade social e de outras instituições sem fins lucrativos abrangidos por acordos de cooperação celebrados com o Instituto da Segurança Social, I.P., estão sujeitos às condições de funcionamento, às obrigações e regime sancionatório estabelecidos no presente decreto-lei, bem como nos respetivos diplomas específicos, não lhes sendo, porém, aplicáveis, enquanto os acordos vigorarem, as disposições de licenciamento da atividade constantes do capítulo III.

Artigo 41.º

[...]

1 - [...].

2 - [...].

3 - Todos os pedidos, comunicações e notificações, ou em geral quaisquer declarações entre os interessados e as autoridades competentes nos procedimentos previstos no presente decreto-lei e respetiva legislação regulamentar devem ser efetuados através do balcão único eletrónico dos serviços a que se refere o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

4 - Quando, por motivos de indisponibilidade das plataformas eletrónicas, não for possível o cumprimento do disposto no número anterior, pode ser utilizado qualquer meio legalmente admissível.

5 - Excetua-se do disposto no n.º 3 a tramitação dos procedimentos regidos pelo RJUE, que fazem uso do sistema informático previsto no artigo 8.º-A do mesmo regime.»

Artigo 3.º

Aditamento ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março

São aditados ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, os artigos 39.º-A a 39.º-K, com a seguinte redação:

«Artigo 39.º-A

Contraordenações

As infrações ao disposto no presente decreto-lei constituem contraordenações, nos termos dos artigos seguintes.

Artigo 39.º-B

Infrações muito graves

Constituem infrações muito graves:

a) A abertura ou o funcionamento de estabelecimento que não se encontre licenciado nem disponha de autorização provisória de funcionamento válida;

b) A inadequação das instalações, bem como as deficientes condições de higiene e segurança, face aos requisitos estabelecidos;

c) O excesso da capacidade em relação à autorizada para o estabelecimento;

d) O impedimento das ações de fiscalização, designadamente por falta de disponibilização, aos serviços competentes do Ministério que tutela a área da segurança social do acesso a todas as dependências do estabelecimento e das informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;

e) A inexistência de diretor técnico;

f) A inexistência de pessoal com categoria profissional e afetação adequadas às atividades e serviços desenvolvidos em cada estabelecimento e indicado no respetivo mapa;

g) A inexistência de regulamento interno;

h) A não celebração, por escrito, quando exigida, de contratos de alojamento e de prestação de serviços, com os utentes ou seus familiares, dos quais constem os principais direitos e obrigações de ambas as partes;

i) A inadequação ou falta dos cuidados e serviços à satisfação das necessidades dos utentes, designadamente higiene pessoal, alimentação e administração de fármacos de acordo com a devida prescrição médica;

j) Inexistência de processo individual do utente;

k) A inexistência de plano de intervenção.

Artigo 39.º-C

Infrações graves

Constituem infrações graves:

a) A não apresentação, no prazo de 30 dias contados da sua ocorrência, de requerimento de substituição da licença de funcionamento, na sequência de alteração da denominação do estabelecimento, da localização, da identificação da entidade requerente, da atividade prosseguida ou da capacidade autorizada;

b) A falta de comunicação, aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., da interrupção ou cessação da atividade do estabelecimento por iniciativa do proprietário, no prazo de 30 dias;

c) A falta de comunicação prévia, aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., das alterações ao regulamento interno do estabelecimento, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;

d) A falta da remessa anual, aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., dos mapas estatísticos dos utentes e da relação do pessoal existente no estabelecimento, bem como do preçário em vigor.

Artigo 39.º-D

Infrações leves

Constitui infração leve a falta de afixação em local bem visível de qualquer dos seguintes elementos:

a) Licença ou autorização provisória de funcionamento;

b) Mapa de pessoal e respetivos horários, de harmonia com a legislação aplicável;

c) Nome do diretor técnico do estabelecimento;

d) Horário de funcionamento do estabelecimento;

e) Regulamento interno;

f) Mapa semanal das ementas;

g) Preçário, com indicação dos valores mínimos e máximos praticados.

Artigo 39.º-E

Coimas

Às infrações previstas nos artigos 39.º-B a 39.º-D são aplicáveis as seguintes coimas:

a) Entre 20 000,00 EUR e 40 000,00 EUR, para a infração muito grave referida na alínea a) do artigo 39.º-B;

b) Entre 5 000,00 EUR e 10 000,00 EUR, para as infrações muito graves referidas nas alíneas b) a k) do artigo 39.º-B;

c) Entre 2 500,00 EUR e 5 000,00 EUR, para as infrações graves referidas no artigo 39.º-C;

d) Entre 500,00 EUR e 1 000,00 EUR, para as infrações leves referidas no artigo 39.º-D.

Artigo 39.º-F

Negligência e tentativa

1 - Os ilícitos de mera ordenação social previstos no presente capítulo são punidos a título de dolo ou de negligência.

2 - A tentativa é punida nos ilícitos de mera ordenação social referidos nos artigos 39.º-B e 39.º-C.

Artigo 39.º-G

Limites máximos e mínimos das coimas

1 - Os limites máximos e mínimos das coimas previstas no presente decreto-lei aplicam-se quer às pessoas singulares quer às pessoas coletivas, sendo reduzidos a metade quando aplicáveis a entidades que não tenham finalidade lucrativa.

2 - Em caso de reincidência, os limites mínimo e máximo da coima são elevados em um terço do respetivo valor.

Artigo 39.º-H

Sanções acessórias

1 - Cumulativamente com as coimas previstas pela prática de infrações muito graves e graves, podem ser aplicadas ao infrator as seguintes sanções acessórias:

a) Interdição temporária do exercício, direto ou indireto, de atividades de apoio social em quaisquer estabelecimentos de apoio social;

b) Inibição temporária do exercício da profissão ou da atividade a que a contraordenação respeita;

c) Privação do direito a subsídio ou benefício outorgado por entidades ou serviços públicos, nacionais ou comunitários, no âmbito do exercício da atividade de prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social;

d) Encerramento do estabelecimento e suspensão da licença ou da autorização provisória de funcionamento;

e) Publicação, a expensas do infrator, em locais idóneos para o cumprimento das finalidades de prevenção geral do sistema jurídico, da condenação aplicada pela prática da contraordenação.

2 - No caso de ser aplicada a sanção prevista na alínea c) do número anterior, deve a autoridade administrativa comunicá-la, de imediato, à entidade que atribuiu o benefício ou subsídio com vista à suspensão das restantes parcelas dos mesmos.

3 - As sanções referidas nas alíneas *a)* e *b)* do n.º 1 têm a duração máxima de três anos a contar da data da decisão condenatória definitiva.

4 - A publicidade da condenação referida na alínea *e)* do n.º 1 consiste na publicação de um extrato, do qual consta a caracterização da infração, a norma violada, a identificação do infrator e a sanção aplicada.

Artigo 39.º-I

Determinação da medida da coima

1 - A determinação da medida da coima faz-se em função da gravidade da contraordenação, da culpa, da situação económica do agente e do benefício económico que este retirou da prática da contraordenação.

2 - Se o agente retirou da infração um benefício económico calculável superior ao limite máximo da coima, e não existirem outros meios de o eliminar, pode este elevar-se até ao montante do benefício, não devendo todavia a elevação exceder um terço do limite máximo legalmente estabelecido.

Artigo 39.º-J

Destino das coimas

O produto das coimas reverte para a autoridade administrativa que as aplique, independentemente da fase em que se torne definitiva ou transite em julgado a decisão condenatória.

Artigo 39.º-K

Regime processual

1 - Às contraordenações previstas no presente decreto-lei é aplicável, com as devidas adaptações, o regime processual aprovado pela Lei n.º 107/2009, de 14 de setembro, alterada pela Lei n.º 63/2013, de 27 de agosto.

2 - Para efeitos do número anterior, considera-se autoridade administrativa o Instituto da Segurança Social, I.P.º

Artigo 4.º

Alterações sistémicas

1 - As epígrafes do artigo 11.º e dos capítulos II e III do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março passam a ter, respetivamente, a seguinte redação: «Início da atividade», «Licenciamento da construção e autorização de utilização» e «Licenciamento do funcionamento».

2 - É aditado um capítulo VIII ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, com a designação «Regime sancionatório», que inclui os artigos 39.º-A a 39.º-K, sendo o atual capítulo VIII renumerado como capítulo IX.

Artigo 5.º

Norma revogatória

São revogados:

a) O capítulo IV do Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 268/99, de 15 de julho, e 64/2007, de 14 de março;

b) O n.º 2 do artigo 15.º, o n.º 2 do artigo 18.º, o n.º 3 do artigo 31.º, os artigos 43.º e 45.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro.

Artigo 6.º

Republicação

1 - É republicado, em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, com a redação atual.

2 - Para efeitos de republicação onde se lê: «membro do Governo responsável pela área da solidariedade social», «delegado concelhio de saúde» e «adjunto do delegado concelhio de saúde» deve ler-se, respetivamente, «membro do Governo responsável pela área da segurança social», «delegado de saúde coordenador» e «delegado de saúde».

Artigo 7.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor 60 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 16 de janeiro de 2014. — *Pedro Passos Coelho* — *Miguel Bento Martins Costa Macedo e Silva* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo* — *Luís Pedro Russo da Mota Soares*.

Promulgado em 21 de fevereiro de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 25 de fevereiro de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

ANEXO

(a que se refere o artigo 6.º)

Republicação do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, adiante designados por estabelecimentos, em que sejam exercidas atividades e serviços do âmbito da segurança social relativos a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, de disfunção e de marginalização social, estabelecendo ainda o respetivo regime sancionatório.

Artigo 2.º

Âmbito

1 - O presente decreto-lei aplica-se aos estabelecimentos prestadores de serviços de apoio social estabelecidos em território nacional das seguintes entidades:

- a)* Sociedades ou empresários em nome individual;
- b)* Instituições particulares de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas;
- c)* Entidades privadas que desenvolvam atividades de apoio social.

2 - O presente decreto-lei aplica-se ainda aos prestadores de serviços de apoio social legalmente estabelecidos noutro Estado Membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu que desenvolvam as atividades previstas no artigo 4.º, no cumprimento do estabelecido no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

3 - O presente decreto-lei não se aplica aos organismos da Administração Pública, central, regional e local, e aos estabelecimentos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Artigo 3.º

Estabelecimentos de apoio social

Consideram-se de apoio social os estabelecimentos em que sejam prestados serviços de apoio às pessoas e às famílias, independentemente de estes serem prestados em equipamentos ou a partir de estruturas prestadoras de serviços que prossigam os objetivos do sistema de ação social definidos na Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, que aprova as bases gerais do sistema de segurança social.

Artigo 4.º

Respostas sociais

1 - Os serviços de apoio às pessoas e famílias referidos no artigo anterior são desenvolvidos pelas seguintes respostas sociais:

a) No âmbito do apoio às crianças e jovens: creche, centro de atividades de tempos livres, centro de apoio familiar e aconselhamento parental, lar de infância e juventude e apartamento de autonomização, casa de acolhimento temporário;

b) No âmbito do apoio a pessoas idosas: centro de convívio, centro de dia, centro de noite, estruturas residenciais para pessoas idosas;

c) No âmbito do apoio a pessoas com deficiência: centro de atividades ocupacionais, lar residencial, residência autónoma, centro de atendimento, acompanhamento e animação de pessoas com deficiência;

d) No âmbito do apoio a pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico: fórum sócio ocupacional, unidades de vida protegida, autónoma e apoiada;

e) No âmbito do apoio a outros grupos: apartamento de reinserção social, residência para pessoas com VIH/ sida, centro de alojamento temporário e comunidade de inserção;

f) No âmbito do apoio à família e comunidade: centro comunitário, casa de abrigo e serviço de apoio domiciliário.

2 - Consideram-se ainda de apoio social os estabelecimentos em que sejam desenvolvidas atividades similares às referidas no número anterior ainda que sob designação diferente.

Artigo 5.º

Regulamentação específica

As condições técnicas de instalação e funcionamento dos estabelecimentos são as regulamentadas em diplomas específicos e em instrumentos regulamentares aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da segurança social, os quais são também publicitados no sítio oficial www.seg-social.pt.

CAPÍTULO II

Licenciamento da construção e autorização de utilização

Artigo 6.º

Condições de instalação dos estabelecimentos

Consideram-se condições de instalação de um estabelecimento as que respeitam à construção, reconstrução, ampliação ou alteração de um edifício adequado ao desenvolvimento dos serviços de apoio social, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 7.º

Requerimento e instrução

1 - O licenciamento de construção é requerido à câmara municipal e está sujeito, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos diplomas específicos e instrumentos regulamentares respeitantes às condições de instalação dos estabelecimentos, ao regime jurídico da urbanização e edificação (RJUE), estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro.

2 - A aprovação do projeto sujeito a licenciamento pela câmara municipal carece dos pareceres favoráveis das entidades competentes, nomeadamente do Instituto da Segurança Social, I.P., da Autoridade Nacional de Proteção Civil e da autoridade de saúde.

3 - A consulta às entidades referidas no número anterior é promovida pelo gestor do procedimento e efetuada através do sistema informático previsto no artigo 8.º-A do RJUE.

4 - O interessado pode solicitar previamente os pareceres das entidades competentes ao abrigo do artigo 13.º-B do RJUE.

Artigo 8.º

Pareceres obrigatórios

1 - O parecer do Instituto da Segurança Social, I. P., incide sobre:

a) As condições de localização do estabelecimento;

b) O cumprimento das normas estabelecidas no presente decreto-lei e nos diplomas específicos e instrumentos regulamentares respeitantes às condições de instalação dos estabelecimentos;

c) A adequação, do ponto de vista funcional e formal, das instalações projetadas ao uso pretendido;

d) A capacidade do estabelecimento.

2 - O parecer da Autoridade Nacional de Proteção Civil incide sobre a verificação do cumprimento das regras de segurança contra riscos de incêndio das instalações ou do edifício.

3 - O parecer da autoridade de saúde incide sobre a verificação do cumprimento das normas de higiene e saúde.

4 - Quando desfavoráveis, os pareceres das entidades referidas nos números anteriores são vinculativos.

5 - Os pareceres são emitidos no prazo de 30 dias a contar da data da receção do pedido da câmara municipal.

6 - O prazo previsto no número anterior pode ser prorrogado, uma só vez, por igual período, em condições excecionais e devidamente fundamentadas.

7 - Considera-se haver concordância das entidades consultada se os respetivos pareceres não forem recebidos dentro do prazo fixado nos números anteriores.

Artigo 9.º

Vistoria conjunta

1 - Concluídas as obras e equipado o estabelecimento em condições de iniciar o seu funcionamento, pode a câmara municipal, nos termos do disposto nos artigos 64.º e seguintes do RJUE, promover a realização de uma vistoria conjunta às instalações, no prazo de 30 dias após a comunicação da conclusão da obra pelos interessados e, sempre que possível, em data a acordar entre as partes.

2 - A vistoria é realizada por uma comissão composta por:

- a) Um técnico a designar pela câmara municipal, com formação e habilitação legal para assinar projetos correspondentes à obra objeto da vistoria;
- b) Dois representantes do Instituto da Segurança Social, I.P., devendo ser um da área social e outro da área técnica;
- c) O delegado de saúde coordenador ou o delegado de saúde;
- d) Um representante da Autoridade Nacional de Proteção Civil.

3 - O requerente da licença ou da autorização de utilização, os autores dos projetos e o técnico responsável pela direção técnica da obra participam na vistoria sem direito a voto.

4 - Compete ao presidente da câmara municipal a convocação das entidades referidas nas alíneas b) a d) do n.º 2 e das pessoas referidas no número anterior.

5 - Desde que as entidades referidas no número anterior sejam regularmente convocadas, a sua não comparência não é impeditiva nem constitui justificação da não realização da vistoria, nem da concessão da licença ou da autorização de utilização.

6 - A comissão referida no n.º 2, depois de proceder à vistoria, elabora o respetivo auto, devendo entregar uma cópia ao requerente.

7 - Quando o auto de vistoria conclua em sentido desfavorável ou quando seja desfavorável o voto, fundamentado, de um dos elementos referidos nas alíneas b), c) e d) do n.º 2, não pode ser concedida a licença ou a autorização de utilização.

Artigo 10.º

Licença ou autorização de utilização

1 - Quando tenha sido efetuada a vistoria prevista no artigo anterior e verificando-se que as instalações se encontram de harmonia com o projeto aprovado, é emitida pela câmara municipal, no prazo de 30 dias, a correspondente licença ou autorização de utilização.

2 - Quando não tenha havido lugar à vistoria, por facto não imputável ao requerente, aplica-se o disposto no n.º 6 do artigo 65.º do RJUE.

CAPÍTULO III

Licenciamento do funcionamento

Artigo 11.º

Início da atividade

1 - Os estabelecimentos abrangidos pelo presente decreto-lei só podem iniciar a atividade após a concessão

da respetiva licença de funcionamento, sem prejuízo do disposto nos artigos 37.º e 38.º

2 - A instrução do processo e a decisão do pedido de licença de funcionamento são da competência do Instituto da Segurança Social, I.P.

Artigo 12.º

Condições para a concessão da licença

A licença de funcionamento para cada resposta social depende da verificação das seguintes condições:

- a) Da conformidade das instalações e do equipamento com o desenvolvimento da resposta social pretendida;
- b) Da apresentação de projeto de regulamento interno elaborado nos termos do artigo 26.º;
- c) Da existência de pessoal adequado às atividades a desenvolver, de acordo com os diplomas específicos e os instrumentos regulamentares aplicáveis a cada resposta social;
- d) Da regularidade da situação contributiva do requerente, quer perante a segurança social, quer perante a administração fiscal;
- e) Da idoneidade do requerente e do pessoal ao serviço do estabelecimento, considerando o disposto no artigo seguinte.

Artigo 13.º

Impedimentos

1 - Não podem exercer funções, a qualquer título, nos estabelecimentos, as pessoas que:

- a) Tenham sido interditadas do exercício das atividades em qualquer estabelecimento abrangido pelo presente decreto-lei;
- b) Tenham sido condenadas, por sentença transitada em julgado, qualquer que tenha sido a natureza do crime, nos casos em que tenha sido decretada a interdição de profissão relacionada com a atividade de estabelecimentos de idêntica natureza.

2 - Tratando-se de pessoa coletiva, os impedimentos referidos no número anterior dizem respeito às pessoas dos administradores, sócios gerentes, gerentes ou membros dos órgãos sociais das instituições.

3 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, no caso dos estabelecimentos para crianças e jovens, é obrigatório o cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 113/2009, de 17 de setembro.

Artigo 14.º

Legitimidade para requerer o licenciamento

Podem requerer o licenciamento do funcionamento para uma resposta social, as pessoas singulares e coletivas que pretendam desenvolver as respostas sociais referidas no artigo 4.º, independentemente do título de utilização das instalações a elas afetas, desde que seja observado o disposto no artigo anterior.

Artigo 15.º

Requerimento

1 - O pedido de licenciamento do funcionamento de uma resposta social é dirigido ao Instituto da Segurança

Social, I.P., através de requerimento, em modelo próprio, do qual constam:

- a) A identificação do requerente;
- b) A denominação do estabelecimento;
- c) A localização do estabelecimento;
- d) A identificação da direção técnica;
- e) O tipo de serviços que se propõe prestar;
- f) A capacidade proposta.

2 - [Revogado].

Artigo 16.º

Instrução

1 - O requerimento de licenciamento, a que se refere o artigo anterior, é instruído com os seguintes documentos:

- a) Cópia do cartão de identificação da pessoa coletiva, do cartão de cidadão ou do bilhete de identidade do requerente;
- b) Cópia do cartão de identificação fiscal;
- c) Extrato em forma simples do teor das inscrições em vigor no registo comercial ou código de acesso à respetiva certidão permanente e cópia dos estatutos;
- d) Certidão do registo criminal do requerente ou dos representantes legais referidos no n.º 2 do artigo 13.º;
- e) Declaração da situação contributiva perante a administração fiscal ou autorização para consulta dessa informação por parte dos serviços competentes da segurança social;
- f) Documento comprovativo do título da posse ou utilização das instalações;
- g) Autorização de utilização, sem prejuízo do disposto na alínea c) do artigo 111.º do RJUE;
- h) Mapa de pessoal, com indicação das respetivas categorias, habilitações literárias e conteúdo funcional;
- i) Projeto de regulamento interno;
- j) Minuta de contrato a celebrar com os utentes ou seus representantes, quando exigível nos termos do artigo 25.º

2 - O requerente pode ser dispensado da apresentação de alguns dos documentos previstos no número anterior, caso esteja salvaguardado o acesso à informação em causa por parte do Instituto da Segurança Social, I.P., designadamente por efeito de processos de interconexão de dados com outros organismos da Administração Pública.

3 - Os serviços do Instituto da Segurança Social, I.P., devem comprovar que a situação contributiva da segurança social relativa ao requerente se encontra regularizada.

4 - Caso se comprove que a situação contributiva do requerente não se encontra regularizada, deve o interessado ser notificado para, no prazo de 10 dias, proceder à respetiva regularização, sob pena de indeferimento do pedido.

Artigo 17.º

Decisão sobre o pedido de licenciamento

1 - O Instituto da Segurança Social, I.P., profere decisão, devidamente fundamentada, sobre o pedido de licenciamento no prazo de 30 dias a contar da data de receção do requerimento.

2 - Decorrido o prazo referido no número anterior sem que o Instituto da Segurança Social, I.P., tenha proferido decisão sobre o pedido de licenciamento, a pretensão

considera-se tacitamente deferida, valendo como licença para todos os efeitos legais o documento comprovativo da regular submissão do respetivo pedido, acompanhado do comprovativo de pagamento das taxas eventualmente devidas.

3 - O requerimento é indeferido quando não forem cumpridas as condições e requisitos previstos no presente decreto-lei.

Artigo 18.º

Licença de funcionamento

1 - Quando tenha sido proferida decisão favorável é emitida, para cada resposta social, a licença de funcionamento, em impresso de modelo próprio aprovado por portaria do membro do Governo responsável pela área da segurança social, do qual consta:

- a) A denominação do estabelecimento;
- b) A localização;
- c) A identificação da pessoa ou entidade gestora do estabelecimento;
- d) A resposta social a desenvolver no estabelecimento;
- e) A capacidade máxima;
- f) A data de emissão.

2 - [Revogado].

Artigo 19.º

Autorização provisória de funcionamento

1 - Nos casos em que não se encontrem reunidas as condições exigidas para a concessão de licença de funcionamento, mas seja previsível que as mesmas possam ser satisfeitas, pode ser concedida uma autorização provisória de funcionamento, salvo se as condições de funcionamento forem suscetíveis de comprometer a saúde, segurança, bem-estar dos utentes e a qualidade dos serviços a prestar.

2 - A autorização referida no número anterior é concedida, por um prazo máximo de 180 dias, prorrogável por igual período, por uma só vez, mediante requerimento devidamente fundamentado.

3 - Se não forem satisfeitas as condições especificadas na autorização provisória dentro do prazo referido no número anterior, é indeferido o pedido de licenciamento.

4 - No período de vigência da autorização provisória de funcionamento os estabelecimentos são considerados de utilidade social.

5 - Às instituições particulares de solidariedade social ou equiparadas, ou outras instituições sem fins lucrativos com quem o Instituto da Segurança Social, I.P., pretenda celebrar acordo de cooperação, que reúnam as condições exigidas para a concessão da licença, é concedida uma autorização provisória de funcionamento por um prazo de 180 dias, renovável até à celebração de acordo.

Artigo 20.º

Suspensão da licença

1 - A interrupção do funcionamento do estabelecimento por um período superior a um ano determina a suspensão da respetiva licença.

2 - A proposta de decisão da suspensão é notificada ao interessado pelo Instituto da Segurança Social, I.P., que dispõe de um prazo de 10 dias para contestar os fundamentos invocados para a suspensão da licença.

3 - Se não for apresentada resposta no prazo fixado, ou a contestação não proceder, é proferida a decisão de suspensão.

4 - Logo que se alterem as circunstâncias que determinaram a suspensão da licença, pode o interessado requerer o termo da suspensão.

Artigo 21.º

Caducidade da licença

A interrupção do funcionamento do estabelecimento por um período superior a cinco anos, ou a cessação definitiva, determina a caducidade da licença.

Artigo 22.º

Substituição da licença

1 - Quando se verifique a alteração de qualquer dos elementos previstos no n.º 2 do artigo 18.º, deve ser requerida, no prazo de 30 dias, a substituição da licença.

2 - Com o requerimento de substituição devem ser apresentados os documentos comprovativos da alteração.

3 - O pedido de substituição é indeferido se as alterações não respeitarem as condições referidas no artigo 12.º

Artigo 23.º

Utilidade social

Os estabelecimentos que se encontrem licenciados nos termos do presente capítulo são considerados de utilidade social.

CAPÍTULO IV

Das obrigações das entidades gestoras

Artigo 24.º

Denominação dos estabelecimentos

Cada estabelecimento deve adotar uma denominação própria que permita a sua individualização e impeça a duplicação de denominações.

Artigo 25.º

Contratos de prestação de serviços

Os diplomas específicos e os instrumentos regulamentares de cada resposta social podem estabelecer a obrigatoriedade de celebração por escrito de contratos de prestação de serviços com os utentes ou seus representantes, devendo os mesmos integrar cláusulas sobre os principais direitos e deveres das partes contratantes.

Artigo 26.º

Regulamento interno

1 - Cada estabelecimento dispõe de um regulamento interno de funcionamento, do qual constam, designadamente:

- a) As condições de admissão dos utentes;
- b) Os cuidados e serviços a prestar;
- c) Os direitos e deveres;
- d) O horário de funcionamento;
- e) O preçário ou critérios de determinação das comparticipações familiares.

2 - Qualquer alteração ao regulamento interno é comunicada ao Instituto da Segurança Social, I.P., nos termos da alínea b) do n.º 2 do artigo 30.º

Artigo 27.º

Afixação de documentos

São afixados nos estabelecimentos abrangidos pelo presente decreto-lei, em local visível e de fácil acesso, os seguintes documentos:

- a) Uma cópia da licença, ou da autorização provisória de funcionamento;
- b) O mapa de pessoal e respetivos horários;
- c) A identificação do diretor técnico;
- d) O horário de funcionamento do estabelecimento;
- e) O regulamento interno;
- f) A minuta do contrato de prestação de serviços;
- g) O mapa semanal das ementas, quando aplicável;
- h) O preçário;
- i) Os critérios de determinação da comparticipação familiar, quando aplicável;
- j) O valor da comparticipação financeira da segurança social nas despesas de funcionamento, quando aplicável;
- k) A indicação da existência de livro de reclamações.

Artigo 28.º

Livro de reclamações

1 - Nos estabelecimentos deve existir um livro de reclamações de harmonia com o disposto na legislação em vigor.

2 - A fiscalização, a instrução dos processos e a aplicação das coimas e sanções acessórias compete aos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P.

Artigo 29.º

Taxas

São devidas taxas, a fixar por portaria do membro do Governo responsável pela área da segurança social, pela emissão e substituição de licenças e autorizações provisórias de funcionamento.

Artigo 30.º

Obrigações específicas das entidades gestoras

1 - Os proprietários ou titulares dos estabelecimentos são obrigados a facultar aos serviços competentes de fiscalização e inspeção o acesso ao estabelecimento e a todas as suas dependências, bem como as informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento.

2 - Os proprietários ou titulares dos estabelecimentos são ainda obrigados a remeter ao Instituto da Segurança Social, I. P.:

- a) Anualmente, o preçário em vigor, os mapas estatísticos dos utentes e a relação do pessoal existente no estabelecimento, acompanhado de declaração em como não se verifica qualquer dos impedimentos referidos no artigo 13.º;
- b) Até 30 dias antes da sua entrada em vigor, as alterações ao regulamento interno do estabelecimento;
- c) No prazo de 30 dias, informação de qualquer alteração dos elementos referidos no artigo 18.º e, bem assim, da interrupção ou cessação do funcionamento por iniciativa dos proprietários.

CAPÍTULO V

Avaliação e fiscalização

Artigo 31.º

Avaliação e vistorias técnicas

1 - Compete aos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P., avaliar o funcionamento do estabelecimento, designadamente:

a) Verificar a conformidade das atividades prosseguidas com as previstas na licença de funcionamento;

b) Avaliar a qualidade e verificar a regularidade dos serviços prestados aos utentes, nomeadamente, no que se refere a condições de instalação e alojamento, adequação do equipamento, alimentação e condições higio-sanitárias.

2 - As ações referidas no número anterior devem ser acompanhadas pelo diretor técnico do estabelecimento e concretizam-se, através da realização de, pelo menos, uma vistoria de dois em dois anos e sempre que se justifique.

3 - [Revogado].

Artigo 32.º

Ações de fiscalização dos estabelecimentos

Compete aos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P., sem prejuízo da ação inspetiva dos organismos competentes, desenvolver ações de fiscalização dos estabelecimentos e desencadear os procedimentos respeitantes às atuações ilegais detetadas, bem como promover e acompanhar a execução das medidas propostas.

Artigo 33.º

Colaboração de outras entidades

Para efeitos das ações de avaliação e fiscalização previstas nos artigos anteriores, o Instituto da Segurança Social, I.P., pode solicitar a colaboração de peritos e entidades especializadas do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, da autoridade de saúde e de outros serviços competentes, tendo designadamente em consideração as condições de salubridade e segurança, acondicionamento dos géneros alimentícios e condições higio-sanitárias.

Artigo 34.º

Comunicação às entidades interessadas

O resultado das ações de avaliação e de fiscalização referidas nos artigos 31.º e 32.º deve ser comunicado à entidade gestora do estabelecimento no prazo de 30 dias após a conclusão das ações.

CAPÍTULO VI

Encerramento administrativo dos estabelecimentos

Artigo 35.º

Condições e consequências do encerramento administrativo

1 - Pode ser determinado o encerramento imediato do estabelecimento nos casos em que apresente deficiências graves nas condições de instalação, segurança, funcionamento, salubridade, higiene e conforto, que ponham em causa os direitos dos utentes ou a sua qualidade de vida.

2 - A medida de encerramento implica, automaticamente, a caducidade da licença ou da autorização provisória de funcionamento, bem como a cessação dos benefícios e subsídios previstos na lei.

Artigo 36.º

Competência e procedimentos

1 - O encerramento do estabelecimento compete ao conselho diretivo do Instituto da Segurança Social, I.P., mediante deliberação fundamentada.

2 - Para a efetivação do encerramento do estabelecimento, a entidade referida no número anterior pode solicitar a intervenção das autoridades administrativas e policiais competentes.

3 - O encerramento do estabelecimento não prejudica a aplicação das coimas relativas às contraordenações previstas no regime sancionatório aplicável.

CAPÍTULO VII

Disposições especiais para os estabelecimentos desenvolvidos no âmbito da cooperação

Artigo 37.º

Pareceres prévios

1 - A fim de fomentar uma utilização eficiente dos recursos e equipamentos sociais, as instituições particulares de solidariedade social ou equiparadas devem solicitar, aos serviços competentes da segurança social, parecer prévio da necessidade social do equipamento, juntando para o efeito parecer do conselho local de ação social, cuja fundamentação deve ser sustentada em instrumentos de planeamento da rede de equipamentos sociais.

2 - O parecer prévio previsto no número anterior deve anteceder a emissão do parecer técnico previsto no artigo 7.º

Artigo 38.º

Regime aplicável

Os estabelecimentos das instituições particulares de solidariedade social e de outras instituições sem fins lucrativos abrangidos por acordos de cooperação celebrados com o Instituto da Segurança Social, I.P., estão sujeitos às condições de funcionamento, às obrigações e regime sancionatório estabelecidos no presente decreto-lei, bem como nos respetivos diplomas específicos, não lhes sendo, porém, aplicáveis, enquanto os acordos vigorarem, as disposições de licenciamento da atividade constantes do capítulo III.

Artigo 39.º

Condições da celebração de acordos de cooperação

1 - A celebração de acordos de cooperação com as instituições referidas no artigo anterior depende da verificação das condições de funcionamento dos estabelecimentos objeto dos acordos, nomeadamente das referidas no artigo 12.º, independentemente dos demais requisitos estabelecidos nos diplomas especialmente aplicáveis aos acordos de cooperação.

2 - Para efeitos do disposto no número anterior é elaborado relatório pelos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., que confirme a existência de condições legais de funcionamento.

CAPÍTULO VIII
Regime sancionatório

Artigo 39.º-A

Contraordenações

As infrações ao disposto no presente decreto-lei constituem contraordenações, nos termos dos artigos seguintes.

Artigo 39.º-B

Infrações muito graves

Constituem infrações muito graves:

- a) A abertura ou o funcionamento de estabelecimento que não se encontre licenciado nem disponha de autorização provisória de funcionamento válida;
- b) A inadequação das instalações, bem como as deficientes condições de higiene e segurança, face aos requisitos estabelecidos;
- c) O excesso da capacidade em relação à autorizada para o estabelecimento;
- d) O impedimento das ações de fiscalização, designadamente por falta de disponibilização, aos serviços competentes do Ministério que tutela a área da segurança social do acesso a todas as dependências do estabelecimento e das informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;
- e) A inexistência de diretor técnico;
- f) A inexistência de pessoal com categoria profissional e afetação adequadas às atividades e serviços desenvolvidos em cada estabelecimento e indicado no respetivo mapa;
- g) A inexistência de regulamento interno;
- h) A não celebração, por escrito, de contratos de alojamento e de prestação de serviços, com os utentes ou seus familiares, quando exigida, dos quais constem os principais direitos e obrigações de ambas as partes;
- i) A inadequação ou falta dos cuidados e serviços à satisfação das necessidades dos utentes, designadamente higiene pessoal, alimentação e administração de fármacos de acordo com a devida prescrição médica;
- j) Inexistência de processo individual do utente;
- k) A inexistência de plano de intervenção.

Artigo 39.º-C

Infrações graves

Constituem infrações graves:

- a) A não apresentação, no prazo de 30 dias contados da sua ocorrência, de requerimento de substituição da licença de funcionamento, na sequência de alteração da denominação do estabelecimento, da localização, da identificação da entidade requerente, da atividade prosseguida ou da capacidade autorizada;
- b) A falta de comunicação, aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., da interrupção ou cessação da atividade do estabelecimento por iniciativa do proprietário, no prazo de 30 dias;
- c) A falta de comunicação prévia, aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., das alterações ao regulamento interno do estabelecimento, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;
- d) A falta da remessa anual, aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I.P., dos mapas estatísticos dos utentes e da relação do pessoal existente no estabelecimento, bem como do preçário em vigor.

Artigo 39.º-D

Infrações leves

Constitui infração leve a falta de afixação em local bem visível de qualquer dos seguintes elementos:

- a) Licença ou autorização provisória de funcionamento;
- b) Mapa de pessoal e respetivos horários, de harmonia com a legislação aplicável;
- c) Nome do diretor técnico do estabelecimento;
- d) Horário de funcionamento do estabelecimento;
- e) Regulamento interno;
- f) Mapa semanal das ementas;
- g) Preçário, com indicação dos valores mínimos e máximos praticados.

Artigo 39.º-E

Coimas

Às infrações previstas nos artigos 39.º-B a 39.º-D são aplicáveis as seguintes coimas:

- a) Entre 20 000,00 EUR e 40 000,00 EUR, para a infração muito grave referida na alínea a) do artigo 39.º-B;
- b) Entre 5 000,00 EUR e 10 000,00 EUR, para as infrações muito graves referidas nas alíneas b) a k) do artigo 39.º-B;
- c) Entre 2 500,00 EUR e 5 000,00 EUR, para as infrações graves referidas no artigo 39.º-C;
- d) Entre 500,00 EUR e 1 000,00 EUR, para as infrações leves referidas no artigo 39.º-D.

Artigo 39.º-F

Negligência e tentativa

1 - Os ilícitos de mera ordenação social previstos no presente capítulo são punidos a título de dolo ou de negligência.

2 - A tentativa é punida nos ilícitos de mera ordenação social referidos nos artigos 39.º-B e 39.º-C.

Artigo 39.º-G

Limites máximos e mínimos das coimas

1 - Os limites máximos e mínimos das coimas previstas no presente decreto-lei aplicam-se quer às pessoas singulares quer às pessoas coletivas, sendo reduzidos a metade quando aplicáveis a entidades que não tenham finalidade lucrativa.

2 - Em caso de reincidência, os limites mínimo e máximo da coima são elevados em um terço do respetivo valor.

Artigo 39.º-H

Sanções acessórias

1 - Cumulativamente com as coimas previstas pela prática de infrações muito graves e graves, podem ser aplicadas ao infrator as seguintes sanções acessórias:

- a) Interdição temporária do exercício, direto ou indireto, de atividades de apoio social em quaisquer estabelecimentos de apoio social;
- b) Inibição temporária do exercício da profissão ou da atividade a que a contraordenação respeita;
- c) Privação do direito a subsídio ou benefício outorgado por entidades ou serviços públicos, nacionais ou comunitários.

tários, no âmbito do exercício da atividade de prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social;

d) Encerramento do estabelecimento e suspensão da licença ou da autorização provisória de funcionamento;

e) Publicação, a expensas do infrator, em locais idóneos para o cumprimento das finalidades de prevenção geral do sistema jurídico, da condenação aplicada pela prática da contraordenação.

2 - No caso de ser aplicada a sanção prevista na alínea c) do número anterior, deve a autoridade administrativa comunicá-la, de imediato, à entidade que atribuiu o benefício ou subsídio com vista à suspensão das restantes parcelas dos mesmos.

3 - As sanções referidas nas alíneas a) e b) do n.º 1 têm a duração máxima de três anos a contar da data da decisão condenatória definitiva.

4 - A publicidade da condenação referida na alínea e) do n.º 1 consiste na publicação de um extrato, do qual consta a caracterização da infração, a norma violada, a identificação do infrator e a sanção aplicada.

Artigo 39.º-I

Determinação da medida da coima

1 - A determinação da medida da coima faz-se em função da gravidade da contraordenação, da culpa, da situação económica do agente e do benefício económico que este retirou da prática da contraordenação.

2 - Se o agente retirou da infração um benefício económico calculável superior ao limite máximo da coima, e não existirem outros meios de o eliminar, pode este elevar-se até ao montante do benefício, não devendo todavia a elevação exceder um terço do limite máximo legalmente estabelecido.

Artigo 39.º-J

Destino das coimas

O produto das coimas reverte para a autoridade administrativa que as aplique, independentemente da fase em que se torne definitiva ou transite em julgado a decisão condenatória.

Artigo 39.º-K

Regime processual

1 - Às contraordenações previstas no presente decreto-lei é aplicável, com as devidas adaptações, o regime processual aprovado pela Lei n.º 107/2009, de 14 de setembro, alterada pela Lei n.º 63/2013, de 27 de agosto.

2 - Para efeitos do número anterior, considera-se autoridade administrativa o Instituto da Segurança Social, I.P.

CAPÍTULO IX

Disposições finais e transitórias

Artigo 40.º

Publicidade dos atos

1 - Compete ao Instituto da Segurança Social, I.P., promover a divulgação dos seguintes atos:

a) Emissão da licença ou, se for caso disso, da autorização provisória de funcionamento e suspensão, substituição, cessação ou caducidade da licença;

b) Decisões condenatórias definidas no regime especialmente aplicável às contraordenações ou que determinem o encerramento do estabelecimento.

2 - As divulgações referidas no número anterior devem ser feitas em sítio da segurança social na Internet, de acesso público, no qual a informação objeto de publicidade possa ser acedida e em um dos órgãos de imprensa de maior expansão na localidade.

3 - No caso de encerramento do estabelecimento, os serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I. P., devem promover a afixação de aviso na porta principal de acesso ao estabelecimento, que se mantém pelo prazo de 30 dias.

Artigo 41.º

Tramitação desmaterializada

1 - Por portaria do membro do Governo responsável pela área da segurança social são definidos os documentos que obedecem a formulários aprovados pelo mesmo diploma, tendo em vista a uniformização e simplificação de procedimentos.

2 - Os formulários dos documentos a preencher pelas entidades requerentes devem ser acessíveis via Internet.

3 - Todos os pedidos, comunicações e notificações, ou em geral quaisquer declarações entre os interessados e as autoridades competentes nos procedimentos previstos no presente decreto-lei e respetiva legislação regulamentar devem ser efetuados através do balcão único eletrónico dos serviços a que se refere o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

4 - Quando, por motivos de indisponibilidade das plataformas eletrónicas, não for possível o cumprimento do disposto no número anterior, pode ser utilizado qualquer meio legalmente admissível.

5 - Excetua-se do disposto no n.º 3 a tramitação dos procedimentos regidos pelo RJUE, que fazem uso do sistema informático previsto no artigo 8.º-A do mesmo regime

Artigo 42.º

Estabelecimentos em funcionamento

Os estabelecimentos em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei que não se encontrem licenciados devem adequar-se às regras estabelecidas no presente decreto-lei e diplomas regulamentares referidos no artigo 5.º, com as adaptações necessárias a cada tipo de estabelecimento, nas condições e dentro dos prazos nos mesmos fixados.

Artigo 43.º

Processos em curso

[Revogado]

Artigo 44.º

Condições de segurança contra incêndios

1 - É aplicável às condições de segurança referidas no presente decreto-lei, com as necessárias adaptações, o disposto no Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro, e demais legislação em vigor na matéria.

2 - [Revogado].

Artigo 45.º

Regime sancionatório

[*Revogado*]

Artigo 46.º

Aplicação às regiões autónomas

O presente decreto-lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, nos termos do disposto no artigo 108.º da Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, com as necessárias adaptações, decorrentes nomeadamente da especificidade dos serviços competentes nesta matéria.

Artigo 47.º

Norma revogatória

Fica revogado o Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, sem prejuízo do disposto no artigo 45.º

Artigo 48.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no prazo de 60 dias após a sua publicação.

ANEXO VIII

Diário da República, 1.ª série - N.º 58 - 21 de março de 2012

1324

Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 67/2012

de 21 de março

O Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, definiu as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Contudo, o facto de o âmbito de aplicação deste normativo suscitar algumas questões, leva a que algumas entidades promotoras desta resposta social continuem a aplicar o Guião Técnico para o Lar de Idosos, aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Inserção Social em 1996.

Acresce que o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, ao pretender facilitar a apreciação de projetos de construção e de pedidos de licenciamento de estruturas residenciais que, embora com os mesmos objetivos dos lares para idosos, diferem destes no modelo de estrutura física, gestão, funcionamento e capacidade, não se mostrou capaz do propósito que lhe estava subjacente, forçando a adoção de soluções que não servem, por sistema, como resposta aos pedidos das entidades promotoras.

Neste contexto, é manifesto o desajustamento entre o enquadramento normativo em vigor e a crescente preocupação com a possibilidade de utilização máxima das capacidades instaladas em condições de qualidade e segurança.

Atendendo a que o XIX Governo Constitucional assumiu o objetivo de lançar um amplo modelo de inovação social, o Programa de Emergência Social (PES) veio consignar a necessidade de apostar na proximidade e na maximização das respostas sociais existentes, rentabilizando a capacidade instalada.

Ao reconhecer o valor incomensurável da dignidade da pessoa humana, ao impor uma preocupação com o auxílio aos mais vulneráveis, com uma atenção especial sobre os mais idosos, o PES prevê a alteração e a simplificação da legislação e dos guiões técnicos que enquadram as respostas sociais, designadamente as dirigidas a pessoas idosas, adaptando -a à realidade nacional e a um cenário de contenção orçamental.

Ao ter em atenção as entidades da economia social que atuam numa lógica de proximidade, o PES vem permitir maximizar as potencialidades de intervenção dessas entidades, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias, nomeadamente através do aumento do número de vagas, sem prejuízo das condições de qualidade e de segurança das pessoas.

Neste contexto, o presente diploma vem uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevenindo diversas modalidades de alojamento, designadamente, o alojamento em tipologias habitacionais e ou em quartos.

Por outro lado, ao estabelecer as condições de funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas vem garantir uma prática harmonizada ao nível das regras orientadoras desta resposta social, qualificando os vários modelos de intervenção existentes, independentemente da natureza do suporte jurídico institucional das mesmas.

Foram ouvidas as entidades representativas das instituições, bem como a Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI).

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, ao abrigo do artigo 5.º do Decreto -Lei n.º 64/2007, de 14 de março, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto -Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas.

2 — Considera -se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

1 — As disposições constantes no presente diploma aplicam -se a estruturas residenciais:

a) A implementar em edifícios a construir de raiz ou em edifícios já existentes a adaptar para o efeito;

b) Com processos, em curso, de licenciamento da construção ou da atividade ou de acordo de cooperação a celebrar com o ISS, I. P., à data da entrada em vigor da presente portaria;

c) Com licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento ou, quando aplicável, acordo de cooperação celebrado com o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.).

2 — Às estruturas residenciais referidas na alínea c) do número anterior, cujo licenciamento ou acordo de cooperação não tenha sido realizado ao abrigo do anexo I do Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, não lhes é aplicável o disposto nos artigos 15.º a 18.º, salvo quando realizem obras que impliquem um alargamento da capacidade superior a 30 %.

3 — Às estruturas residenciais referidas no número anterior que realizem obras que impliquem um alargamento da capacidade até 30 %, é -lhes aplicável o disposto no anexo II à presente portaria que dela faz parte integrante.

Artigo 3.º

Objetivos

Constituem objetivos da estrutura residencial designadamente, os seguintes:

a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;

b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;

c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;

d) Potenciar a integração social.

Artigo 4.º

Princípios de atuação

A estrutura residencial rege -se pelos seguintes princípios de atuação:

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

Artigo 5.º

Destinatários

1 — A estrutura residencial destina -se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência.

2 — A estrutura residencial pode, também, destinar -se a pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas.

3 — A estrutura residencial destina -se, ainda, a proporcionar alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador.

Artigo 6.º

Capacidade

1 — A capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes.

2 — A estrutura residencial organiza -se por unidades funcionais, entendendo -se por unidade funcional o conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas, para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado e para a prestação dos serviços previstos no artigo 8.º

3 — A capacidade máxima de cada unidade funcional é de 60 residentes.

4 — Quando a capacidade da estrutura residencial for até 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais.

Artigo 7.º

Modalidades de alojamento

A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento:

- a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias;
- b) Quartos;
- c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

Artigo 8.º

Serviços

1 — A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;

- b) Cuidados de higiene pessoal;

- c) Tratamento de roupa;

- d) Higiene dos espaços;

- e) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;

- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;

- g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;

- h) Administração de fármacos, quando prescritos.

2 — A estrutura residencial deve permitir:

- a) A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;

- b) A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem -estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.

3 — A estrutura residencial pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.

4 — A estrutura residencial deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.

Artigo 9.º

Processo individual

1 — É obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências, do qual constam, designadamente:

- a) Identificação do residente;

- b) Data de admissão;

- c) Identificação do médico assistente;

- d) Identificação e contacto do representante legal ou dos familiares;

- e) Identificação da situação social;

- f) Exemplar do contrato de prestação de serviços;

- g) Processo de saúde, que possa ser consultado de forma autónoma;

- h) Plano individual de cuidados (PIC), o qual deve conter as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela elaboração, avaliação e revisão do PIC;

- i) Registo de períodos de ausência, bem como de ocorrências de situações anómalas;

- j) Cessação do contrato de prestação de serviços com indicação da data e motivo.

2 — O processo individual deve estar atualizado e é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

Artigo 10.º

Contrato de prestação de serviços

1 — Devem ser celebrados por escrito contratos de alojamento e prestação de serviços com os residentes e

ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal, donde constem os direitos e obrigações das partes.

2 — Do contrato é entregue um exemplar ao residente e ou familiares e arquivado outro no respetivo processo individual.

3 — Qualquer alteração ao contrato é efetuada por mútuo consentimento e assinada pelas partes.

Artigo 11.º

Direção técnica

1 — A direção técnica da estrutura residencial é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções.

2 — Ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.

3 — As funções do diretor técnico podem ser exercidas a 50 %, quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 30 residentes.

4 — Quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 15 residentes, o diretor técnico poderá ter um horário semanal variável, mas deve assegurar, no mínimo, uma permanência diária de três horas no estabelecimento.

Artigo 12.º

Pessoal

1 — A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia.

2 — A estrutura residencial, para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de:

- a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;
- c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;
- d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;
- e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;
- f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;
- h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

3 — Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal

de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes:

- a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;
- b) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes;
- c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.

4 — Os indicadores referidos nos números anteriores podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de residentes de cada estrutura residencial.

5 — Nos casos em que os serviços de higiene do ambiente, de tratamento de roupa e de confeção de refeições sejam objeto de contratualização externa pode dispensar – se o pessoal de cozinha e de limpeza.

6 — A estrutura residencial pode contar com a colaboração de voluntários, devidamente enquadrados, não podendo estes ser considerados para efeitos do disposto nos números anteriores.

Artigo 13.º

Acesso à informação

A estrutura residencial deve proceder à afixação, em local visível e de fácil acesso, designadamente, dos seguintes elementos:

- a) Licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento, quando aplicável;
- b) Identificação da direção técnica;
- c) Horários de funcionamento das atividades e serviços;
- d) Mapa semanal das ementas, incluindo dietas;
- e) Preçário e ou tabela da participação familiar;
- f) Publicitação dos apoios financeiros da segurança social, quando aplicável;
- g) Referência à existência de livro de reclamações.

Artigo 14.º

Regulamento interno

1 — A estrutura residencial possui obrigatoriamente regulamento interno, o qual define as regras e os princípios específicos de funcionamento e contém, designadamente:

- a) Condições, critérios e procedimentos de admissão;
- b) Direitos e deveres da estrutura residencial e do residente ou representante legal ou familiares;
- c) Horário das visitas;
- d) Critérios de determinação das participações familiares, quando aplicável.

2 — Um exemplar do regulamento interno é entregue ao residente, familiar ou representante legal no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.

3 — Qualquer alteração ao regulamento interno deve ser comunicada ao ISS, I. P.

Artigo 15.º

Condições de implantação

1 — A estrutura residencial deve estar inserida na comunidade, preferencialmente em local servido por transportes públicos e ter acesso fácil a pessoas e viaturas.

2 — Na implantação da estrutura residencial deve ter-se em conta:

- a) A proximidade a outros estabelecimentos de apoio social, de saúde e de âmbito recreativo e cultural;
- b) A coesão do edifício na malha e envolvente urbana, por forma a favorecer a integração, a comunicabilidade e as relações de proximidade e vizinhança;
- c) A proximidade a parques urbanos, jardins públicos e outros espaços naturais suscetíveis de proporcionar passeio e convivência social.

3 — O edifício deve ser implantado em zona de boa salubridade e longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos e outros poluentes, considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou possam interferir no normal quotidiano dos residentes.

Artigo 16.º

Edifício

1 — A estrutura residencial deve funcionar, preferencialmente, em edifício autónomo ou num conjunto edificado autónomo.

2 — A conceção do edifício ou do conjunto de edifícios deve obedecer a parâmetros espaciais, designadamente de âmbito físico e cognitivo, conducentes ao bem-estar dos residentes, à facilidade no desenvolvimento das tarefas dos prestadores de serviços e, ainda:

- a) Permitir a maleabilidade com vista a adaptações espaciais ou a melhorias tecnológicas, pela introdução de materiais e equipamentos adequados às respetivas necessidades;
- b) Introduzir sistemas construtivos que permitam a fácil manutenção do edifício;
- c) Valorizar a eficácia na gestão energética e ambiental, promovendo a sustentabilidade do sistema construído e a do meio ambiente;

Artigo 17.º

Acessos ao edifício

1 — O edifício deve ter acessos facilitados através da via pública, quer viários quer pedonais, devidamente identificados e legíveis.

2 — O edifício deve prever lugares de estacionamento de viaturas, em número adequado à capacidade da estrutura residencial, de acordo com os regulamentos camarários em vigor.

3 — Na omissão de regulamentos camarários é obrigatório prever -se no mínimo um lugar que sirva ambulâncias, cargas e descargas.

4 — No edifício onde está instalada a estrutura residencial é obrigatório prever -se:

- a) Acesso principal para os residentes, colaboradores e visitantes;
- b) Acesso de serviço destinado às áreas de serviços e ao acesso de viaturas para cargas e descargas e recolha de lixo.

Artigo 18.º

Áreas funcionais

1 — A estrutura residencial é composta pelas seguintes áreas funcionais:

- a) Receção;
- b) Direção, serviços técnicos e administrativos;

- c) Instalações para o pessoal;
- d) Convívio e atividades;
- e) Refeições;
- f) Alojamento;
- g) Cozinha e lavandaria;
- h) Serviços de enfermagem;
- i) Serviços de apoio.

2 — Quando exista mais do que uma unidade funcional, cada unidade é autónoma no que se refere às áreas funcionais referidas nas alíneas d) e f) do número anterior.

3 — As áreas funcionais devem obedecer a um conjunto de requisitos específicos que constam do anexo I à presente portaria, que dela faz parte integrante.

4 — Em casos devidamente justificados e autorizados podem as áreas funcionais constantes do anexo I ter alterações face às áreas úteis mínimas nele previstas.

Artigo 19.º

Avaliação e fiscalização

1 — O funcionamento da estrutura residencial está sujeito a acompanhamento, avaliação e fiscalização por parte dos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS).

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a entidade responsável pela estrutura residencial deve facultar o acesso às instalações e à documentação tida por conveniente.

Artigo 20.º

Casos especiais

Para as estruturas residenciais referidas na alínea c) do artigo 2.º que realizem obras indispensáveis ao reforço da segurança e ao melhoramento das condições de vida dos residentes e à qualidade da prestação dos serviços é dispensado o parecer do ISS, referido no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto -Lei n.º 64/2007, de 14 de março, na redação que lhe foi dada pelo Decreto -Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, salvo quando tais obras impliquem um aumento da capacidade.

Artigo 21.º

Revogação

São revogados o Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, e o Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro.

Artigo 22.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, *Luís Pedro Russo da Mota Soares*, em 12 de março de 2012.

ANEXO I

Áreas funcionais

Ficha 1 — Área de receção

- 1.1 — Destina -se à receção, ao atendimento e espera.
- 1.2 — A iluminação deve ser adequada para espaço de transição com o exterior, protegida das intempéries e

permitir o fácil encaminhamento para os acessos verticais e horizontais do edifício.

1.3 — A área a considerar depende diretamente da dimensão da estrutura residencial: área útil mínima: 9 m².

1.4 — Na proximidade desta área devem prever -se instalações sanitárias, separadas por sexo, e acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada.

Ficha 2 — Área de direção, serviços técnicos e administrativos

2.1 — Destina -se a local de trabalho da direção do estabelecimento e do pessoal técnico e administrativo, arquivo administrativo e expedientes vários.

2.2 — Deve localizar -se na proximidade da receção e incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Gabinete da direção: 10 m²;
- b) Gabinete(s) técnico(s): 2 m²/posto trabalho; área útil mínima: 10 m²;
- c) Gabinete(s) administrativo(s): 2 m²/posto trabalho; área útil mínima: 10 m²;
- d) Sala de reuniões, quando a capacidade for igual ou superior a 40 residentes: 10 m²;
- e) Instalação sanitária, que pode ser dispensada se houver outra na proximidade: 3 m².

2.3 — O gabinete administrativo poder ser dispensado desde que fiquem asseguradas as funções administrativas.

Ficha 3 — Área de instalações para o pessoal

3.1 — Destina -se ao pessoal, e será localizada onde melhor se considerar, desde que se assegure o fácil acesso aos funcionários e não implique atravessamentos de circulações com outras áreas funcionais distintas.

3.2 — Deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Sala de pessoal: 10 m²;
- b) Instalação sanitária, com equipamento sanitário completo, incluindo base de duche, sempre que não existam as instalações sanitárias previstas no número seguinte: 3,5 m².

3.3 — Devem ser incluídas instalações para o pessoal em funções na cozinha e lavandaria sempre que a estrutura residencial tenha uma capacidade superior a 15 residentes, com os seguintes espaços e com a área útil mínima de:

- a) Vestiário, zona de descanso: 6 m²;
- b) Instalação sanitária: 3,5 m².

Ficha 4 — Área de convívio e atividades

4.1 — Destina -se a convívio, lazer e atividades a desenvolver pelos residentes e deve localizar -se na proximidade da receção ou ter uma articulação fácil com esta.

4.2 — Para atividades específicas, deve esta área estar apta ao uso de utensílios de trabalho, conforme o caso, bem como ter as condições ambientais e de iluminação e de conforto necessárias.

4.3 — Deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Salas de estar/atividades: 2 m²/residente, para uma utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos residentes; área útil mínima: 15 m²;
- b) Instalações sanitárias separadas por sexo, em que o equipamento a instalar será em número adequado, considerando

Considerando uma cabine com sanita por cada 10 residentes e um lavatório por cada 10 residentes e, pelo menos uma delas, acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

4.4 — As instalações sanitárias podem ser dispensadas desde que haja proximidade entre a sala de convívio e atividades e as instalações sanitárias previstas para a área de refeições.

4.5 — Em edifícios a adaptar, a sala de convívio e atividades pode ser comum à sala de refeições: área útil mínima: 30 m².

Ficha 5 — Área de refeições

5.1 — Destina -se à tomada de refeições.

5.2 — Esta área deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas:

a) Sala de refeições: 2 m²/residente, para uma utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos residentes; área útil mínima: 20 m². Podem ser projetadas zonas de refeição, sendo a área total necessária deste compartimento subdividida em pequenos espaços por qualquer tipo de paramento amovível ou equipamento móvel;

b) Instalações sanitárias separadas por sexo, em que o equipamento a instalar será de lavatório e sanita em número adequado, considerando uma cabine com sanita por cada 10 residentes e um lavatório por cada 10 residentes e, pelo menos uma delas, acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

5.3 — A sala de refeições não pode ser local de passagem para outras áreas funcionais e deve ter boas condições acústicas e ligação visual com o exterior.

5.4 — As instalações sanitárias podem ser dispensadas desde que haja proximidade entre a sala de refeições e as instalações sanitárias previstas para a área de convívio e atividades.

5.5 — Em edifícios a adaptar a sala de refeições pode ser comum à sala de convívio e atividades: área útil mínima: 30 m².

Ficha 6 — Área de alojamento

6.1 — Destina -se a descanso dos residentes e deve localizar -se em zona de acesso restrito.

6.2 — Na modalidade de alojamento em tipologia habitacional:

6.2.1 — Os apartamentos e ou moradias devem apresentar os seguintes espaços, com as áreas úteis mínimas:

- a) Quartos individuais ou duplos: 10 m² e 16 m², respetivamente;
- b) Sala/zona de estar com copa/kitchenet: 10 m²;
- c) Instalação sanitária, com duche embutido ou nivelado com o pavimento: 4,5 m²;
- d) Zona de arrumos.

6.2.2 — A capacidade de cada apartamento/moradia é no máximo de quatro residentes, sendo a capacidade máxima por quarto de dois residentes.

6.3 — Na modalidade de alojamento em quartos, estes devem estar agrupados de acordo com a estrutura do edifício, por forma a permitir um ambiente mais humanizado.

6.3.1 — Os espaços a considerar com as áreas úteis mínimas, são:

a) Quarto individual: 10 m². Pode ser utilizado como quarto de casal, devendo para esse efeito ter uma área útil mínima de 12 m²;

b) Quarto duplo: 16 m²;

c) Quarto triplo: 20,5 m²;

d) Instalações sanitárias próprias, podendo servir, no máximo, quatro residentes, sendo de acesso privado ou localizando -se na proximidade dos quartos: 4,5 m²;

e) Sala de estar com copa, por cada agrupamento de quartos: 12 m².

6.3.2 — Deve existir um compartimento de sujos por cada piso da área de alojamento.

6.3.3 — Os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos, 20 % devem corresponder a quartos individuais e, no máximo, 20 % a quartos triplos.

6.3.4 — Deve prever -se entre camas um sistema amovível que garanta a privacidade dos residentes. As camas devem ser, preferencialmente, articuladas, tendo em conta situações de residentes com elevado grau de dependência.

6.4 — Deve existir banho geriátrico com a área útil mínima de 10 m² quando a capacidade da estrutura residencial for superior a 20 residentes.

6.5 — A sala de estar com copa pode ser dispensada em unidades funcionais com capacidade não superior a 20 residentes.

6.6 — Na modalidade de alojamento em tipologias habitacionais em simultâneo com alojamento em quartos, os espaços a considerar são os referidos nos números anteriores, consoante o caso.

Ficha 7 — Área de cozinha e lavandaria

7.1 — Destina -se à preparação de refeições e ao tratamento de roupa.

7.2 — A cozinha deve ser dimensionada ao número de refeições a confeccionar ou servir e ser objeto de projeto específico para a instalação dos equipamentos de trabalho fixos e móveis, bem como dos aparelhos e máquinas necessários, sempre que a capacidade seja superior a 15 residentes.

7.2.1 — Os espaços a considerar são:

a) Um espaço principal, organizado em três zonas: zona de higienização dos manipuladores de alimentos; zona de preparação de alimentos e zona de confeção de alimentos;

b) Espaço complementar, integrado no espaço principal ou com comunicação direta com este, organizado em duas outras zonas: zona de lavagem de loiça e de utensílios de cozinha (também designada por copa suja) e zona de distribuição das refeições (também designada por copa limpa);

c) Espaços anexos, compostos por despensa, compartimento de frio e compartimento do lixo.

7.2.2 — A área mínima útil da cozinha é de 10 m².

7.2.3 — Caso a estrutura residencial recorra à confeção de alimentos no exterior, a cozinha pode ser simplificada, devendo existir os espaços necessários para proceder, em condições de higiene e de bom funcionamento, à receção

e armazenamento das refeições e ao seu aquecimento e respetiva distribuição.

7.3 — A lavandaria deve localizar -se junto ao acesso de serviços e deve ser dimensionada ao número de residentes.

7.3.1 — Os espaços a considerar devem ter em conta:

a) Depósito para receção da roupa suja;

b) Máquinas de lavar e secar roupa;

c) Depósito, armários e prateleiras para guardar a roupa lavada;

d) Mesa de costura e bancada para passar a roupa a ferro.

7.3.2 — A área mínima útil da lavandaria é de 12 m².

7.3.3 — Caso a estrutura residencial recorra ao tratamento da roupa no exterior, a lavandaria pode ser simplificada, devendo existir os espaços necessários para proceder, em condições de higiene e de bom funcionamento, ao envio e à receção da roupa e respetivo depósito e separação.

Ficha 8 — Área de serviços de enfermagem

8.1 — Destina -se à prestação de cuidados de enfermagem aos residentes, sendo, sempre que necessário, ocupada por médico assistente para atendimento dos residentes.

8.2 — Esta área deve incluir:

a) Gabinete de enfermagem, com lavatório e marquesa, com a área útil mínima de 12 m²;

b) Instalação sanitária anexa ao gabinete de enfermagem: 3,5 m², caso não exista outra na proximidade.

Ficha 9 — Área de serviços de apoio

9.1 — Destina-se à arrumação e armazenagem de equipamento, mobiliário, materiais e produtos necessários ao funcionamento da estrutura residencial.

9.2 — Esta área deve incluir os seguintes espaços:

a) Arrecadações gerais;

b) Arrecadações de géneros alimentícios;

c) Arrecadações de equipamentos e produtos de higiene do ambiente.

ANEXO II

Estruturas residenciais a que se refere o n.º 2 do artigo 2.º

1 — A área dos quartos individuais não pode ser inferior a 9 m².

2 — Nos quartos duplos e triplos, a área mínima admitida por cama é de 6 m², exceto no caso de camas articuladas, em que deve ser de 7 m², recomendando -se, em qualquer dos casos, que a distância entre as camas não seja inferior a 0,9 m.

3 — Nas salas de convívio e atividades, a área mínima admitida por residente é de 1,20 m², não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m².

4 — Na sala de refeições, a área mínima admitida por residente é de 1,20 m², não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m².

5 — No caso de existir apenas uma sala (atividades/refeições), a área mínima admitida é de 2,20 m²/residente, não podendo a sala ter uma área inferior a 16 m².

6 — Nas instalações sanitárias deve considerar -se uma sanita e um lavatório por cada 10 residentes, devendo pelo menos uma delas ser acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

7 — O gabinete de enfermagem, com lavatório, deve ter uma área mínima de 10 m².

ANEXO IX

Modelo de Análise de Conteúdo

